REPORTAŻ

Scott Carney

CZERWONY RYNEK

Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci





Scott Carney

Czerwony rynek

Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci

Przełożył Janusz Ochab



Wołowiec 2014

Spis treści

- Dedykacja
- Motto
- Przedmowa Ślepy zaułek
- Wstęp Człowiek kontra mięso
- 1 Alchemia ciała
- 2 Fabryka kości
- 3 Poszukiwanie nerek
- 4 Poznaj rodziców
- 5 Niepokalane poczęcie
- 6 Płatne przy odbiorze
- 7 Krew i pieniądze
- 8 Kliniczny trud królików doświadczalnych
- 9 Obietnice nieśmiertelności
- 10 Czarne złoto
- Posłowie Oda do Loretty Hardesty
- Bibliografia
- Podziękowania

- Przypisy

Dla moich rodziców,
Lindy Haas Carney
i Wilfreda Ignatiusa Carneya Jra

Jeśli krew jako żywa ludzka tkanka coraz częściej staje się przedmiotem kupna i sprzedaży, a więc obrotów handlowych, które przynoszą określony zysk, to wydaje się oczywiste, że w końcu takie transakcje powinny zostać objęte odpowiednimi prawami handlowymi.

Richard Titmuss, *The Gift Relationship*

W innych regionach Indii ludzie mówią o wyjeździe do Malezji lub Stanów Zjednoczonych z błyskiem nadziei w oku. W Tsunami Nagar mówią tak o sprzedaży swoich nerek.

Maria Selvam, aktywista, Indie

Przedmowa

Ślepy zaułek

Podinspektor zaciąga się po raz ostatni papierosem i wyrzuca go przez okno. Niedopałek ląduje na obcej ziemi. Przysadzisty betonowy posterunek policji, którym dowodzi podinspektor, stoi na samej granicy, teoretycznie wystarczy więc przejść na drugi koniec pokoju, by znaleźć się na terenie innego kraju. Funkcjonariusz odpowiedzialny za blokowanie kontrabandy między największą demokracją świata a ostatnią monarchią absolutną większość czasu spędza na czytaniu gazet i obliczaniu surrealistycznej odległości między posterunkiem a Delhi. Sięga do kieszeni po następnego papierosa, ale paczka jest już pusta. Marszcząc brwi, podnosi wzrok znad biurka i zastanawia się nad moją prośbą.

– Więc chce pan zobaczyć szkielety.

Nie wiem, czy to pytanie, czy też stwierdzenie. Poprawiam się na drewnianym stołku, który skrzypi głośno, kiedy przesuwam go do przodu. Kiwam głową.

Przez dwa tygodnie przeczesywałem stan Bengal Zachodni, by sprawdzić, ile jest prawdy w doniesieniach o tak zwanych fabrykach kości. Od ponad wieku na terenie całych Indii dochodzi do okradania grobów, a wyjmowane z nich ciała sprzedawane są w postaci szkieletów anatomicznych. Można śmiało zaryzykować twierdzenie, że ze względu na skalę tego zjawiska jeszcze do niedawna prawie wszystkie szkielety stojące w amerykańskich salach lekcyjnych pochodziły z Indii. W 1985 roku rząd Indii zakazał handlu ludzkimi szczątkami, a wielu handlarzy kości musiało zrezygnować z tego zajęcia. Niektórzy działali jednak dalej, tyle że w ukryciu – i, podobnie jak przedstawiciele innych branż czerwonego rynku, znakomicie prosperowali.

Przyjechałem na granicę indyjsko-bhutańską, by prześledzić i opisać łańcuch dostaw pewnego szczególnie odrażającego anatoma, który podobno nadal ma powiązania z zachodnimi firmami. Choć handel ludzkimi szczątkami to bardzo dochodowy interes, miejsca, w których ciała zamieniają się w błyszczące szkielety, wyglądają dość niepozornie. Osławione fabryki kości to zwykle prowizoryczne namioty z brezentowych płacht, rozbite na brzegach rzek. Tu właśnie płyną niekończącym się strumieniem zwłoki, które zostają następnie zredukowane do układu kostnego. Handlarze zatrudniają hieny cmentarne i domorosłych anatomów, którzy oddzielają ciało od kości, a potem czyszczą je, polerują i przygotowują do wysyłki. Ten makabryczny proceder nie spotyka się z uznaniem policji i okolicznych mieszkańców, więc fabryki kości działają w ukryciu. Potrzebowałem aż trzech tygodni, żeby natrafić na trop jednej z nich.

Udało mi się to, gdy przeczytałem w gazecie wzmiankę o pewnym posterunku policji, który przypadkiem natknął się na tajny skład ludzkich czaszek i innych kości. Pojechałem więc do przejścia granicznego w Jaigaon, miasta, które codziennie przyjmuje tysiące przejezdnych, ale nie słynie z gościnności.

– Więc chce pan zobaczyć czaszki – mówi policjant ze znaczącym uśmieszkiem. – To żaden problem.

Wstaje od biurka i gestem prosi, bym podszedł z nim do otwartego okna, wychodzącego na indyjską stronę granicy. Wskazuje na przysadzisty betonowy budynek sąsiadujący z komisariatem.

– Tu była ich kryjówka i magazyn. Trzy pokoje pełne kości.

Handlarze nie musieli się przejmować strażą graniczną, po prostu przerzucali worki z kontrabandą do sąsiedniego kraju. Mimo to raczej nie najlepszym pomysłem było urządzanie tego rodzaju kryjówki tuż obok posterunku policji.

– Prawdę mówiąc – kontynuuje policjant – nie jest to jakiś szczególnie poważny problem. Baliśmy się tylko, że mogą to być ciała ofiar morderstw. W tym kraju nie ma chyba żadnego prawa, które zabraniałoby okradać groby. Prawdopodobnie wszyscy wyjdą na wolność.

Handlarzy nie można nawet oskarżyć o kradzież, bo wszyscy właściciele kości już nie żyją.

Po aresztowaniu handlarzy policja przejęła kości jako materiał dowodowy na wypadek, gdyby jednak sąd zdecydował się rozpatrzyć oskarżenie. Pomocnik komendanta prowadzi mnie do brudnej celi, która pełni równocześnie funkcję pokoju przesłuchań i schowka na dowody. Wyciąga z szafki kilka starych nylonowych worków po cemencie. Kiedy jeden z nich spada na podłogę, słychać grzechot kości. Policjant zmaga się przez chwilę z węzłem, a potem ściąga warstwę przezroczystej folii ochronnej.

Pierwszy worek wypełniają kości nóg. Musiały leżeć pod ziemią przez długi czas, bo większość z nich oblepiona jest ciemnymi grudkami. Na kilku piszczelach widać ślady piłowania w miejscach, gdzie guzowate zakończenie zostało przycięte, tak by utworzyło coś w rodzaju ustnika. Kulis pociąga za szary konopny sznurek, którym zawiązany jest drugi worek. Tym razem naszym oczom ukazują się ludzkie czaszki, a właściwie tylko jedna ich część – złodzieje przecięli je tuż nad oczodołami, zostawiając jedynie puszkę mózgową, resztę zaś wyrzucili.

Przyglądam się kościom, marszcząc brwi. To nie są takie czaszki, jakich szukam. Są za stare, zbyt okaleczone. Dobry szkielet anatomiczny należy przygotować szybko, a kości starannie i systematycznie oczyścić. Jeśli zbyt długo leżały w ziemi, nie nadają się na pomoc naukową. Poza tym jaki student medycyny czy lekarz nie chciałby zobaczyć pozostałej części szkieletu? Uświadamiam sobie, że trafiłem na niewłaściwych handlarzy. Ludzie, którzy ukradli te kości, mieli inny biznesplan. Nie zamierzali sprzedać ich lekarzom, lecz mnichom.

Wyznawcy niektórych odłamów bhutańskiego buddyzmu wierzą, że śmiertelność można zrozumieć tylko dzięki kontemplacji ludzkich szczątków. Dlatego też niemal każdy gorliwy buddysta potrzebuje starannie przygotowanych przyrządów rytualnych wykonanych z ludzkich kości. Zwykle są to flety wyrzeźbione z piszczeli i miski modlitewne z czaszek, właśnie takie, jakie przed chwilą zobaczyłem w worku.

Przywykłem już do takich rozczarowań, ale mimo wszystko jestem zaskoczony. Nie przypuszczałem, że skradzione szkielety można preparować i sprzedawać na różne sposoby. Robię kilka zdjęć i dziękuję policjantom za czas, który zechcieli mi poświęcić. Straciłem półtora dnia na dojazd do tego miejsca.

Mój kierowca uruchamia silnik i odjeżdża spod komisariatu, zostawiając za sobą obłok szarego pyłu. Przygotowuję się w duchu na kolejną wielogodzinną podróż po dziurawych drogach pełnych szaleńców, którzy wolą raczej doprowadzić do czołowego zderzenia, niż ustąpić komuś miejsca. Ogarnięty dziwną beztroską, która towarzyszy zagrożeniu rychłą śmiercią, rozmyślam o tym nieprawdopodobnym zjawisku, jakim jest rywalizacja dwóch grup złodziei kości działających na indyjskiej wsi. Czy rynki zbytu na części ludzkich ciał istnieją

tylko na obrzeżach międzynarodowego handlu? Na ile sposobów można sprzedać ludzkie ciało?

Jeśli w tym odległym zakątku świata ludzie walczą o ciała i eksportują ludzkie szczątki, to znaczy, że w innych częściach planety inni ludzie też zarabiają na takim procederze. Może każda z części naszego ciała – od kości, ścięgien, serca i krwi po całe organizmy – codziennie zmienia właściciela.

Niewiele jeszcze wiem na ten temat, ale to dopiero początek mojej podróży po czerwonym rynku świata. Przejadę przez całe Indie, Europę, Afrykę i Stany Zjednoczone, znajdując wszędzie firmy – zarówno legalne, jak i nielegalne – które zajmują się kupnem i sprzedażą części ludzkich ciał. To ludzkie targowisko jest znacznie większe, niż kiedykolwiek przypuszczałem.

Wstęp

Człowiek kontra mięso

Ważę prawie dziewięćdziesiąt kilogramów, mam brązowe włosy, niebieskie oczy i pełne uzębienie. O ile mi wiadomo, moja tarczyca wydziela właściwe hormony i wtłacza je do sześciu litrów krwi, które krążą po moich żyłach i tętnicach. Mierzę sto osiemdziesiąt osiem centymetrów, mam więc długie kości udowe i piszczele zbudowane ze zdrowej, gęstej tkanki łącznej. Obie moje nerki funkcjonują prawidłowo, a serce pracuje w stałym tempie osiemdziesięciu siedmiu uderzeń na minutę. Szacuję, że w sumie jestem wart około dwustu pięćdziesięciu tysięcy dolarów.

Moja krew rozkłada się łatwo na osocze, czerwone krwinki, płytki krwi i czynnik antyhemofilowy; mogłaby uratować życie komuś leżącemu na stole operacyjnym albo zatrzymać niekontrolowany krwotok u człowieka chorego na hemofilię. Wiązadła, które utrzymują w całości moje ciało, można oddzielić od kości i wszczepić w kolano kontuzjowanego olimpijczyka. Z włosów rosnących na mojej głowie można zrobić perukę albo wykorzystać zawarte w nich aminokwasy i sprzedawać jako zaczyn do pieczywa. Mój szkielet świetnie prezentowałby się w każdej sali lekcyjnej. Moje najważniejsze organy – serce, wątroba i nerki – mogłyby przedłużyć życie ludziom, których własne narządy przestały funkcjonować na skutek choroby albo wypadku. Rogówki oddzielone od moich oczu mogłyby przywrócić wzrok ociemniałym. Nawet gdybym już umarł, zdeterminowany patolog mógłby pobrać nasienie z mojego ciała i zapłodnić nim kobietę. Dziecko tej kobiety też miałoby określoną wartość.

Ponieważ jestem Amerykaninem, moje ciało wyceniane jest bardzo wysoko – gdybym pochodził z Chin, byłbym wart znacznie, znacznie mniej. Lekarze i pośrednicy, którzy obracaliby na światowych rynkach moim ciałem, zarobiliby na swoich usługach o wiele więcej niż ja sam, gdybym zdecydował się handlować własnymi organami samodzielnie. Okazuje się, że ogólnoświatowe prawa popytu i podaży dotyczą rynku organów w takim samym stopniu jak sprzedaży butów czy elektroniki.

Podobnie jak mechanik może wymienić zużyte części naszego samochodu na nowe i naoliwić skrzypiące złącza, by zwiększyć sprawność silnika, tak lekarz może przedłużyć komuś życie, wymieniając wadliwe organy na zdrowe. Z każdym rokiem kolejne bariery technologiczne dotyczące takich zabiegów zostają przekroczone, a sam proces staje się coraz tańszy. Nie istnieją jednak złomowiska ludzkich części wysokiej jakości. Najlepsze ze skonstruowanych do tej pory sztucznych serc, nerek i krwi nie mogą się równać pod żadnym względem z prawdziwymi. Ludzkie ciało jest po prostu zbyt skomplikowane. Obecnie nie da się stworzyć ludzkiego organizmu w fabryce czy w laboratorium, co oznacza, że aby sprostać popytowi na ludzkie części, należy szukać odpowiednich materiałów wśród żywych i niedawno zmarłych ludzi.

Potrzebujemy ogromnych ilości ludzkiego materiału, by dostarczyć uczelniom medycznym zwłok, dzięki którym przyszli lekarze dobrze poznają anatomię człowieka. Agencje adopcyjne wysyłają tysiące dzieci z Trzeciego Świata na bogatą Północ, by wypełnić luki w amerykańskich rodzinach. Firmy farmaceutyczne potrzebują żywych ludzi do testowania kolejnych superleków, a przemysł kosmetyczny przetwarza miliony kilogramów ludzkich

włosów rocznie, żeby zaspokoić niegasnące zapotrzebowanie na nowe fryzury. Czasy odzianych w spódniczki z trawy ludożerców z tropikalnych wysp to już zamierzchła przeszłość – nasz apetyt na ludzkie ciało jest teraz większy niż kiedykolwiek w historii świata.

Świadomość, że nasze ciała mogą być przedmiotem zwykłego handlu, budzi w nas dziwne i mieszane uczucia. Większość ludzi wyczuwa instynktownie, że o wyjątkowości każdego człowieka decyduje coś więcej niż tylko fizyczna obecność – od elektronów i kwarków, które tworzą nasze tkanki, po skomplikowane struktury biologiczne, podtrzymujące każdy nasz oddech. Oprócz niej istnieje również innego rodzaju obecność, która towarzyszy życiu. Na potrzeby tej książki, a także dla własnej wygody, gdyż ułatwi mi to pisanie, zakładam, że istota ludzka ma równie duszę[1]. Utrata duszy zamienia ciało w kawałek materii.

Choć niemal każdy z nas uważa swoje ciało za rzecz świętą, która nie podlega prozaicznym prawom rynku, musimy pogodzić się z faktem, że handel ludzkimi organami rozkwita. Co roku właścicieli zmieniają fragmenty ludzkich organizmów o wartości co najmniej kilku miliardów dolarów. Na świecie żyje ponad sześć miliardów ludzi[2], więc zasoby są naprawdę spore. Możemy założyć, że globalna podaż nerek to ponad sześć miliardów (albo ponad dwanaście, jeśli jesteśmy naprawdę bezlitośni), przeszło sześćdziesiąt miliardów litrów krwi i dość rogówek, by wypełnić nimi stadion piłkarski. Jedyną rzeczą, która powstrzymuje handlarzy od sięgnięcia po niewyobrażalne zyski, są prawa do eksploatowania tych zasobów.

Spójrzmy na przykład na rynek adoptowanych dzieci. W momencie gdy jakaś rodzina zdecyduje, że chce przyjąć do siebie ubogie dziecko z innego kraju, nie zna jeszcze tożsamości tego dziecka, jego wyglądu ani charakteru. Szukając dziecka idealnego, precyzuje swoje potrzeby na podstawie tego, co oferuje jej rynek dzieci. Przegląda katalogi zamieszczane w internecie przez międzynarodowe agencje adopcyjne, czyta artykuły prasowe o zrozpaczonych malcach z sierocińców i podejmuje trudne decyzje, określając cechy dziecka, które chciałaby przygarnąć.

Oczywiście jakiś czas potem adoptowane dziecko stanie się prawdziwym członkiem rodziny, lecz aby do niego dotrzeć, przybrani rodzice muszą poznać cały łańcuch dostaw, złożony często z podejrzanych pośredników i skorumpowanych urzędników, którzy w wielu wypadkach postrzegają dzieci jedynie jako małe ciała. Dopiero gdy dziecko znajdzie się w domu nowej rodziny, stanie się prawdziwą, rzeczywistą osobą, a nie abstraktem.

Bez względu na to, jakie są nasze zapatrywania moralne na tę kwestię, ciała niewątpliwie już od dawna są towarem – choć towarem niewygodnym. Nie powstają w fabrykach jako całkiem nowe produkty, montowane przez pracowników w sterylnych ubraniach – zbiera się je raczej jak używane samochody pozostawione na złomowiskach. Zanim będziemy mogli zapłacić rachunek i zabrać ze sobą ludzką tkankę, ktoś będzie musiał zmienić ją z kawałka człowieka w przedmiot o wartości rynkowej. W odróżnieniu od używanych samochodów i ich części cenę ludzkiego ciała określa się nie tylko w dolarach. Mierzy się ją również krwią i trudną do oszacowania wartością życia, zarówno ocalonego, jak i utraconego. Kupując fragment ludzkiego ciała, bierzemy na siebie moralną odpowiedzialność związaną z jego pochodzeniem, a także przejmujemy biologiczną i genetyczną historię byłego właściciela. To transakcja, która nigdy się nie kończy.

Prawo i gospodarka rozróżniają trzy rodzaje rynku: biały, szary i czarny. Na czarnym rynku

handluje się nielegalnymi towarami i usługami, na przykład bronią i narkotykami, podczas gdy pirackie płyty czy nieopodatkowane dochody to domena szarego rynku, czy też szarej strefy. Biały rynek jest terytorium produktów legalnych – od żywności kupowanej w sklepie na rogu po podatki dochodowe odprowadzane uczciwie każdego miesiąca. Wszystkie te rynki łączą dwie cechy: sprzedawane tam towary mają jasno określoną wartość, którą można wyrazić w dolarach lub centach, a transakcje kończą się w momencie, gdy pieniądze zmienią właściciela. Rynek, na którym handluje się ludzkimi ciałami, jest inny, bo jego klienci zawdzięczają życie i szczęście rodzinne łańcuchowi dostaw.

Witajcie na czerwonym rynku.

Czerwony rynek to wytwór sprzeczności, które powstają tam, gdzie społeczne tabu otaczające ludzkie ciało zderza się z pragnieniem długiego i szczęśliwego życia. Wartość transakcji i produktów na normalnym rynku można oszacować na podstawie zwykłych działań algebraicznych, czerwony rynek zaś wymyka się prostym kalkulacjom – tutaj w każdym równaniu znajdziemy zarówno zero, jak i nieskończoność. Czerwony rynek pojawia się tam, gdzie w życiu kupca lub sprzedającego zachodzą bardzo istotne zmiany. Kupiec może być tego świadom lub nie, ale nabyte przez niego ciało czyni zeń dozgonnego wierzyciela człowieka, który mu je dostarczył.

Ze względu na tę więź oraz naszą skłonność do unikania wyrażeń handlowych w odniesieniu do ciał transakcje na czerwonym rynku zawiera się przy użyciu dziwnego języka altruizmu. Nikt nie sprzedaje nerek, krwi czy komórek jajowych, lecz je „oddaje”. Rodzice adopcyjni „przygarniają” ubogie dzieci, a nie powiększają rodzinę.

Jednak pomimo całej tej otoczki ludzkie ciała i ich elementy mają swoją określoną cenę w dolarach lub innej walucie, a zasoby są – po części dzięki rosnącej liczbie ludności w ubogich rejonach świata – praktycznie nieograniczone.

W Egipcie, Indiach, Pakistanie i na Filipinach mieszkańcy całych wiosek sprzedają organy, wynajmują macice lub zapisują komuś swoje ciało – często nie robią tego wcale pod przymusem, lecz zawierają transakcje, z których zadowolone są obie strony. Pośrednicy w handlu ludzkim ciałem – nierzadko szpitale lub instytucje rządowe, a czasem pozbawieni skrupułów przestępcy – pozyskują swój towar za najniższą możliwą cenę, zapewniając równocześnie kupców, że pochodzenie organów nie budzi żadnych wątpliwości etycznych. Choć zdarza się, że handlarz zdobywa towar w odrażający sposób, sprzedaż zwykle jest legalna i uświęcona moralnym nakazem ratowania ludzkiego życia. Zbrodnia zostaje ukryta za zasłoną altruistycznych ideałów.

W odróżnieniu od niemal wszelkich innych transakcji zakup na czerwonym rynku czyni kupującego dłużnikiem wszystkich ogniw łączących go ze źródłem towaru. Tylko nieliczne operacje handlowe budzą tyle wątpliwości natury moralnej co kupowanie części ludzkich ciał. Każdy beneficjent transakcji przeprowadzonej na czerwonym rynku powinien poważnie zastanowić się nad pytaniem, co oznacza „etyczne pochodzenie”.

Skoro potrzebujemy naszego ciała do życia, to jak którakolwiek z jego części może być zbędna? Jakie prawo ma chora osoba do żywych organów osoby zdrowej? Jakie kryteria należy spełnić, by sprowadzić do siebie dziecko z Trzeciego Świata? Nieuchronnym, choć okropnym efektem ubocznym funkcjonowania czerwonego rynku jest przesuwanie ludzkiego ciała w górę – nigdy w dół – drabiny społecznej. Nawet bez udziału elementów przestępczych

niekontrolowany wolny rynek zachowuje się jak wampir, wysysając zdrowie i siłę z gett biednych dawców i przekazując je bogaczom.

Orędownicy nieograniczonego czerwonego rynku często podnoszą argument, że ludzie, którzy dobrowolnie sprzedają swoją tkankę, odnoszą korzyść z takich transakcji. Zarobione w ten sposób pieniądze mogą wyrwać ich z biedy i wynieść na wyższą pozycję społeczną. Powinniśmy chyba mieć prawo do decydowania o własnym ciele, prawda? Tego rodzaju logika zakłada, że ludzka tkanka to ostatnia deska ratunku dla osób zagrożonych skrajnym ubóstwem i że dzięki sprzedaży tej tkanki wydobędą się z trudnej sytuacji. W rzeczywistości ludzie, którzy sprzedają swe ciała i organy, bardzo rzadko w znaczącym stopniu poprawiają swoją sytuację życiową. Socjologowie od dawna już wiedzą, że to mrzonka[3]. Sprzedaż własnych organów nie daje żadnych długoterminowych korzyści, stwarza jedynie zagrożenia.

Tylko w jednym wypadku czyjaś pozycja społeczna może podnieść się równie szybko jak cena ciała. I dzieje się to wyłącznie wtedy, gdy sprzedaży podlega całe ciało – kiedy na międzynarodowy rynek adopcyjny trafia małe dziecko.

Właściwie można powiedzieć, że ponieważ na świecie żyją miliony sierot, adopcja rozwiązuje do pewnego stopnia ważny problem społeczny. Adoptowane dzieci zawsze przenoszą się z niebezpiecznych obrzeży społeczeństwa do stabilnych finansowo, troskliwych rodzin. Jednak jak każdym rynkiem adopcjami rządzą prawa popytu i podaży. Zachód, który realizuje większość międzynarodowych adopcji, domaga się dzieci o jaśniejszej skórze, co prowadzi do wypaczeń rasowych w sierocińcach. Domy dziecka odzwierciedlają skalę uprzedzeń rasowych Ameryki. Białe dzieci niemal natychmiast znajdują nowych rodziców, a czarne często zostają wychowankami systemu opieki społecznej.

Jeszcze gorzej wygląda sytuacja na innych kontynentach, gdzie głównym kryterium wyboru nie jest pochodzenie dziecka, lecz stan jego zdrowia. Wiadomo powszechnie, że dzieci z wyjątkowo biednych sierocińców w Indiach, Chinach, Samoa, Zambii, Gwatemali, Rumunii i Korei zatrzymują się w rozwoju. Choć brzmi to okropnie, model adopcyjny w tych krajach – i w znacznej części Trzeciego Świata – przypomina rynek bananów. Jeśli dziecko lub owoc spędzą zbyt dużo czasu w przechowalni, są już niewiele warte na rynku. Tylko dzieci, które krótko przebywały w tych instytucjach, mają szansę na znalezienie nowego domu, a sierocińce często ściągają spore opłaty za każdą międzynarodową adopcję. Mimo iż dzięki adopcjom dzieci rzeczywiście pną się w górę drabiny społecznej, zależność między okresem ich pobytu w domu dziecka a szansą na życie w nowej rodzinie oznacza, że agencje adopcyjne muszą zwiększyć tempo obrotów albo znaleźć sposób na szybsze pozyskiwanie dzieci. Istnieją zarówno legalne, jak i nielegalne rozwiązania tego problemu.

Aż do lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku handel ludzkimi organami funkcjonował praktycznie bez ograniczeń. Pierwszy i najskuteczniej rozwiązany spór o legalizację sprzedaży tkanki ludzkiej dotyczył krwi. W 1901 roku wiedeński naukowiec Karl Landsteiner wyróżnił podstawowe grupy krwi, dając tym samym początek erze bezpiecznych transfuzji. Wcześniej każda próba przetoczenia krwi była niczym gra w rosyjską ruletkę. Pacjent miał szansę przeżyć albo mógł umrzeć w konwulsjach na stole operacyjnym, gdy krew niekompatybilnej grupy krzepła mu w żyłach, a skonsternowani lekarze drapali się po głowach. Odkrycie Landsteinera nabrało szczególnego znaczenia podczas I wojny światowej, kiedy setki tysięcy transfuzji ratowały życie żołnierzom rannym na polu bitwy. Nim wybuchła II wojna światowa,

rozwój banków krwi sprawił, że krew stała się jednym z najważniejszych rodzajów broni, utrzymywała bowiem żołnierzy przy życiu i pozwalała im nadal uczestniczyć w walce. Stacje krwiodawstwa starały się zaspokoić rosnący popyt, płacąc każdemu, kto chciał oddać liczącą niecałe pół litra porcję krwi. Dzięki dostępności dużych zasobów tego płynu lekarze mogli przeprowadzać znacznie rozleglejsze i dłuższe operacje niż do tej pory. Utrata krwi nie utrudniała już leczenia, co doprowadziło do szybkiego rozwoju różnych gałęzi medycyny.

Upowszechnienie oddawania krwi oznaczało również, że banki krwi i stacje krwiodawstwa zamieniły się w duże, dobrze prosperujące firmy. W połowie lat pięćdziesiątych tego rodzaju instytucje w samych tylko Stanach Zjednoczonych płaciły za ponad dwa i pół miliona litrów krwi rocznie. Dziesięć lat później zasoby tej tkanki przekroczyły trzy miliony litrów. Stacje krwiodawstwa wyrastały jak grzyby po deszczu w dzielnicach nędzy każdego większego miasta. Były tam wówczas równie liczne i popularne, jak dziś punkty realizacji czeków i lombardy. W Indiach związki zawodowe negocjowały ceny krwi z rządem, a wkrótce w całym kraju pojawili się zawodowi dawcy.

Cały ten krwawy biznes ratował ludziom życie i mało kto zawracał sobie głowę jego etycznym aspektem. Dopiero w roku 1970 brytyjski antropolog kulturowy Richard Titmuss zwrócił uwagę na fakt, że rynek ludzkich tkanek tworzy nierówności w dostępie do nowoczesnej medycyny. Poglądy Titmussa z pewnością były w dużej mierze zbieżne ze stanowiskiem, jakie prezentowała w tej kwestii jego ojczyzna. W czasie II wojny światowej Anglicy wymyślili akcję honorowego oddawania krwi. Miliony ludzi oddawały wówczas krew za darmo, by wspomóc swoich żołnierzy. Także po wojnie szpitale prawie nigdy nie płaciły za krew – Brytyjczycy uważali krwiodawstwo za swój patriotyczny obowiązek. W książce zatytułowanej *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy* [Dar pokrewieństwa. Od ludzkiej krwi do polityki społecznej] Titmuss porównał komercyjny system krwiodawstwa w Stanach Zjednoczonych z altruistycznym angielskim systemem i wysnuł z tego porównania dwa istotne wnioski.

Po pierwsze, wykazał, że w kupowanej krwi znacznie częściej trafiają się porcje zakażone wirusem zapalenia wątroby i że banki krwi uciekają się do coraz drastyczniejszych środków przymusu, byle tylko zwiększyć swoje zapasy. Kupowana krew była niebezpieczna, a przy tym często zdobywano ją za pomocą różnych form wyzysku. Ponieważ krwiodawstwem rządziły zwykłe prawa rynku, szukano najtańszych źródeł dochodowego towaru. Po jakimś czasie zaczęto zmuszać do oddawania krwi więźniów, co Titmuss nazwał współczesną formą niewolnictwa. Pisał również, że do podobnego zjawiska może dojść na rynku innych rodzajów ludzkiej tkanki.

Po drugie, autor twierdził, że jedynym sposobem rozwiązania tego problemu jest stworzenie systemu opartego wyłącznie na bezpłatnym krwiodawstwie. Uważał, że taki system będzie nie tylko ratował ludzkie życie i pozwalał szpitalom oszczędzić sporo środków, ale także tworzył społeczności. Pisał: „Ci, którzy oddają krew jako członkowie społeczeństwa obcym ludziom, sami w końcu również odniosą z tego korzyść jako członkowie społeczeństwa (albo korzyść taką odniosą ich rodziny)”[4]. Zdaniem Titmussa ciała i części ciał należy oddawać wyłącznie za darmo, jako dar. Można to potraktować jako swego rodzaju socjalizm krwi.

Co zdumiewające, pomimo potężnego sprzeciwu lobby handlarzy krwią ludzie wzięli

sobie do serca argumenty Titmussa. W Stanach Zjednoczonych przyjęto prawo, które wprowadzało honorowe krwiodawstwo jako normę. Odtąd płacenie za krew uznawano za przestępstwo równoznaczne ze stosowaniem przymusu i surowo karano. (Należy zauważyć, że prawo to nie obejmuje całej krwi. Zrobiono wyjątek dla osocza, które organizm odtwarza szybciej niż inne składniki krwi. Do tej pory oddawanie osocza jest źródłem dodatkowego dochodu dla wielu ludzi w całych Stanach Zjednoczonych). Podobną zasadę zaczęto stosować również w odniesieniu do wszystkich innych rodzajów ludzkiej tkanki.

W 1984 roku w amerykańskim senacie Al Gore powiedział, że „ciało nie powinno być jedynie zbieraniną zapasowych części". Wygłosił te słynne słowa, gdy pomagał w uchwaleniu ustawy zabraniającej płacenia za jakikolwiek rodzaj ludzkiej tkanki. Odwoławszy się do argumentów Titmussa, senat przegłosował ustawę o nazwie National Organ Transplant Act, która zakazywała handlu ludzką tkanką i organami. Świat poszedł za przykładem USA. Dziś, z kilkoma nielicznymi wyjątkami, w żadnym kraju nie można legalnie sprzedać krwi, kupić nerki, kupić dziecka do adopcji ani sprzedać swojego szkieletu przed śmiercią. Powstał skomplikowany system umożliwiający dobrowolne przekazywanie różnych części ciała. Oddajemy więc krew do banków krwi, podpisujemy karty ze zgodą na pobranie naszych organów, zapisujemy nasze ciała różnym instytucjom naukowym. Wszystko za darmo. Teoretycznie każdy, kto bierze pieniądze w zamian za część ciała, powinien trafić do więzienia. Prawo jest w tej kwestii jednoznaczne: kupowanie ciała to przestępstwo.

Niestety, prawo nie zdołało zapobiec czerpaniu profitów z handlu ciałem. System wymyślony przez Titmussa i przyjęty niemal przez cały świat ma dwie zasadnicze wady. Po pierwsze, choć teoretycznie nie można bezpośrednio kupować i sprzedawać ciał, lekarze, pielęgniarki, kierowcy karetek, prawnicy i dyrektorzy szpitali mogą wystawiać rachunki za swoje usługi. Nie płacisz za serce, ale musisz zapłacić za przeszczep. W rezultacie koszt serca zostaje wliczony w koszt usług związanych z pozyskaniem tego organu. Szpitale i inne instytucje medyczne zarabiają coraz więcej na przeszczepach organów – niektóre przynoszą całkiem spore zyski swoim udziałowcom. Zarabiają wszystkie ogniwa łańcucha dostaw z wyjątkiem samego dawcy. Zakaz kupowania części ciała sprawił, że szpitale dostają je praktycznie za darmo.

Z punktu widzenia klienta rynek transplantacji organów w Stanach Zjednoczonych przypomina słynny model biznesowy firmy Gillette, która sprzedaje praktycznie za bezcen samą maszynkę do golenia, lecz każe sobie drogo płacić za wymienne ostrza. Handel nerkami wygląda podobnie. Oczywiście nie można jej kupić, ale koszt przeszczepu certyfikowanej używanej nerki może sięgnąć niemal pół miliona dolarów.

Jak w każdym systemie gospodarczym, darmowe zapasy surowców prowokują do tego, by znaleźć nowe sposoby ich wykorzystania. W Stanach Zjednoczonych, ogólnie rzecz biorąc, zgadzamy się co do tego, że popyt na przeszczepialne organy jest wartością stałą, związaną z liczbą sytuacji wymagających transplantacji, takich jak niewydolność nerek. Fakt, iż na przeszczep nerki trzeba czekać aż pięć lat, wydaje się potwierdzać, że popyt znacznie przewyższa podaż. Ale być może wcale tak nie jest.

Od ponad trzydziestu lat organizacja Sieć Wymiany Narządów (United Network for Organ Sharing) stale poszerza listę dawców, a mimo to wciąż nie udaje jej się nadążyć za popytem. Co więcej, kolejka oczekujących się wydłuża. W miarę jak zwiększa się liczba dostępnych

organów, lekarze dodają do listy kandydatów do przeszczepu nowych pacjentów, którzy wcześniej nie zostali zakwalifikowani do takiego zabiegu. Techniki oraz skuteczność transplantacji polepszają się z roku na rok, lekarze zaś odkrywają, że tkanki i narządy przeszczepialne mogą pomóc coraz większej liczbie ludzi. Listy oczekujących na przeszczep fałszują rzeczywisty obraz i ukrywają fakt, że popyt wcale nie jest tu wartością stałą. Długość takiej listy zależy od całkowitej podaży dostępnych organów. Innymi słowy, popyt jest w tym wypadku funkcją podaży. Dobra wiadomość jest taka, że dzięki temu udaje się przedłużyć życie wielu ludziom. Jednakże nieograniczony potencjał rozwoju tego rynku oznacza, że nie należy skupiać się jedynie na profitach płynących z wykorzystania organów, ale musimy sobie także uzmysłowić, jak duży i bezwzględny może stać się system ich pozyskiwania.

Za analogię niech posłuży nam niemal bezgraniczny popyt na produkty naftowe na całym świecie. Wynalazki i innowacje związane z energią pozyskiwaną z ropy przyniosły ogromne korzyści gospodarcze, technologiczne i społeczne. Dzięki samochodom odległości znacznie się skurczyły, mamy światło w nocy i ciepło w zimie. To jednak nie oznacza, że wydobywanie i spalanie tego produktu aż do całkowitego wyczerpania zasobów rzeczywiście dobrze przysłuży się ludzkości.

Drugi błąd modelu Titmussa to brak odniesienia do podstawowych standardów medycznej poufności. Choć władze mogą na podstawie dokumentacji dotrzeć do dawcy, opinia publiczna nie ma żadnej kontroli nad tymi dokumentami. Jeśli ktoś nie pracuje w szpitalu, to nie ma żadnych szans, by poznać tożsamość krwiodawcy, którego poświęcenie uratowało komuś życie podczas operacji. Krew zostaje pozbawiona jakiegokolwiek związku z konkretną osobą, oznaczona kodem kreskowym i rozlana do hermetycznie zamkniętych woreczków. Kupujemy porcje krwi, a nie część człowieka. Główny argument na obronę tej zasady głosi, że umożliwienie kontaktu między dawcą i biorcą mogłoby narazić na szwank cały system, być może nawet sprawić, że ludzie przestaliby oddawać swoją tkankę.

Osoba, która przyjmuje krew, nie czuje się zobowiązana wobec konkretnego dawcy, ale wobec całego systemu krwiodawstwa, a w szczególności wobec lekarza przeprowadzającego zabieg. Ktoś, kto otrzymuje nerkę, czy to od żywej osoby, czy też pobraną ze zwłok, rzadko zna tożsamość człowieka, od którego pochodzi ten organ. Choć anonimowość ma chronić interesy dawcy, przesłania również cały łańcuch dostaw. Pacjenci, kupując tkankę, nie muszą się wcale zastanawiać nad tym, jak ją pozyskano. Tego rodzaju polityka prywatności jest ostatnim elementem procesu, który zamienia ludzkie ciało w towar.

Zatajanie źródła surowców na jakimkolwiek rynku to prawie zawsze kiepski pomysł. Nigdy nie pozwolilibyśmy, żeby korporacja naftowa ukrywała lokalizację swoich szybów naftowych albo trzymała w tajemnicy swoją politykę ochrony środowiska. Kiedy zepsuje się platforma wiertnicza, a do oceanu wyciekną miliony baryłek ropy, domagamy się konsekwencji. Przejrzystość to podstawowy element zabezpieczający kapitalizmu.

Z perspektywy nieuczciwego przedsiębiorcy obecny system pozyskiwania tkanki stanowi doskonałą przykrywkę dla nieograniczonego i bezwzględnego wyzysku. Zasada honorowego dawstwa zabrania płacić za tkankę i podczas gdy firmy inwestują ogromne środki w infrastrukturę związaną z przeszczepami – podobnie jak koncerny naftowe inwestują w szyby wiertnicze – cena surowca wynosi praktycznie zero. Równocześnie retoryka prywatności nie pozwala prześledzić drogi, jaką ciała i ich części trafiają na rynek.

Anonimowość oznacza, że kupujący narządy nie musi się martwić tym, skąd pochodzą. Nikt nie będzie zadawał żadnych pytań. Struktura dawstwa sprawnie wygłusza wszelkie protesty i zastrzeżenia, skrywając źródło narządów za zasłoną etyki. Zasada anonimowości dawcy sprawia, że realizujący zyski pośrednicy kontrolują cały łańcuch dostaw, a kupowanie ludzkich organów jest równie łatwe jak wypisywanie czeków.

Po części niniejsza książka jest próbą znalezienia odpowiedzi na pytanie, co złego stało się z obecnym systemem gromadzenia tkanki i pozyskiwania ciał. Czerwony rynek jest teraz większy, agresywniejszy i bardziej zyskowny niż kiedykolwiek w historii. W ciągu czterdziestu lat, które upłynęły od publikacji książki Titmussa, za sprawą globalizacji rynek handlu narządami rozwijał się w oszałamiającym tempie, osiągając niezwykły stopień złożoności. Nie zamierzam tu potępiać w czambuł tego zjawiska, narzekać na wszechobecną komercjalizację. Żyjemy w obrębie czerwonego rynku. Nie jest to coś, co po prostu zniknie, jeśli odrzucimy przekonanie, że ludzka tkanka podlega prawom gospodarki. Czy nam się to podoba, czy też nie, ludzkie ciała będą kupowane i sprzedawane zarówno otwarcie, jak i po kryjomu – nawet w najbardziej szanowanych instytucjach świata. Pozostaje tylko pytanie: jak?

Nie skupiam się tutaj na milionach transakcji dokonywanych codziennie na czerwonym rynku. Oczywiście, bez technologii transplantacji, bez krwiodawstwa i programów adopcyjnych nie udałoby się nieść pomocy wielu ludziom. Nie musimy śledzić historii tych, którzy prowadzą szczęśliwe życie dzięki czemuś, co kupili na czerwonym rynku. To historia popytu na ludzką tkankę. Znacznie bardziej zależy mi na tym, by zrozumieć, jak owa tkanka trafia na czerwony rynek, niż jak ją się wykorzystuje. Niniejsza książka to spojrzenie na drugą stronę tego ekonomicznego równania, na stronę podaży. Jeśli jej nie zrozumiemy, nie uświadomimy sobie, jak szybko czerwony rynek może stać się polem działania światowych organizacji przestępczych.

Zderzenie altruizmu i prywatności niszczy szlachetne ideały, które miały być chronione przez obie te wartości. Każdy krok wzdłuż łańcucha dostaw czerwonego rynku zamienia ludzi w mięso. Handlarze, którzy kupują i sprzedają ciała, odgrywają rolę rzeźników postrzegających żywego człowieka wyłącznie jako sumę jego części składowych.

Jak to się wszystko zaczęło

Od roku 2006 do 2009 mieszkałem w mieście Madras, zwanym też Sennaj, wielkiej nadmorskiej metropolii w południowych Indiach, odległej zaledwie o kilkaset kilometrów na północ od Sri Lanki. Wcześniej spędziłem w Indiach kilka lat, badając dzięki programom uniwersyteckim folklor i język w pustynnym stanie Radżastan i w pobliżu Dharamsali, miasta, w którym żyje na wygnaniu Dalajlama. Wiedziałem, że chcę spędzić więcej czasu w południowej Azji, choć początkowo nie byłem pewien, czy będę się zajmował dziennikarstwem. Jako świeżo upieczony absolwent antropologii na Uniwersytecie Wisconsin-Madison rozpocząłem swoją krótką karierę akademicką, nauczając amerykańskich studentów, którzy przyjeżdżali na jeden semestr do Indii.

Opiekowałem się dwunastoma studentami podczas podróży z Delhi do świętego miasta Waranasi i ośrodka pielgrzymkowego Bodh Gaja. Na ostatnim postoju zmarła jedna z moich studentek, a ja musiałem zorganizować transport jej zwłok do rodziny w Stanach Zjednoczonych. Spędziłem przy jej ciele trzy dni, starając się zahamować nieuchronny proces rozkładu. Nigdy wcześniej nie przebywałem tak blisko zmarłego człowieka, a obserwując, jak

zwłoki stygną i zmieniają barwę, musiałem stanąć twarzą w twarz z fizyczną naturą śmiertelności.

Ten smutny wypadek nauczył mnie przede wszystkim, że każda śmierć i zwłoki mają swoich udziałowców. Gdy moja studentka zamieniła się z żywej osoby w martwy przedmiot, pojawiło się nagle mnóstwo ludzi, którzy rościli sobie prawa do tego, co z niej zostało. Spędziłem wówczas wiele czasu na negocjacjach z policją, firmami ubezpieczeniowymi, zakładami pogrzebowymi, członkami rodziny i przedstawicielami linii lotniczych, które miały przewieźć ją do kraju.

Choć wówczas nie zdawałem sobie z tego sprawy, zaczynałem poznawać międzynarodowy rynek martwych ciał. W pewnym sensie zostałem wrzucony w ten temat przez wydarzenia, na które nie miałem żadnego wpływu. Ich właśnie dotyczy pierwsza część książki. Niektórzy czytelnicy mogą uznać ją za drastyczną.

Po tych wypadkach zrozumiałem, że nie mogę już dłużej uczyć. W końcu zacząłem pisać do czasopism „Wired" i „Mother Jones", przygotowywałem również korespondencje dla kanałów telewizyjnych i radiowych ze swojej bazy w Madrasie. Opisywałem głównie praktyki biznesowe handlarzy nerek, złodziei szkieletów, piratów krwi i porywaczy dzieci w Azji Południowej. Potem podróżowałem po Europie i Stanach Zjednoczonych, dokumentując najciekawsze i najbardziej przerażające przypadki. Za każdym razem stwierdzałem ze zdumieniem, że większość osób kupujących ludzkie narządy nie ma pojęcia, jakie zdarzenia doprowadziły do tego, że narządy te trafiły na rynek.

Zacząłem uzmysławiać sobie, że czerwony rynek jest czymś wyjątkowym, innym od zwykłych systemów ekonomicznych, gdy zajmowałem się tematem handlarzy kośćmi i złodziei nerek w Indiach, choć pojęcie czerwonego rynku obejmuje nie tylko ciała wykorzystywane jako magazyn części zamiennych. Pomieszanie źle pojętego altruizmu i prywatności w znacznym stopniu wpłynęło również na kształt interesów związanych z pochówkiem i adopcją. Co zadziwiające, kiedy chodzi o ludzkie ciało, łańcuch dostaw wygląda niemal zawsze tak samo.

Kiedy zacząłem się zastanawiać nad zebraniem wszystkich swoich obserwacji i badań w jednej książce, uświadomiłem sobie, że nigdy nie zdołam opisać ogromnej liczby rodzajów czerwonego rynku, które istnieją na świecie. Zrezygnowałem z analizy znamiennych przypadków kradzieży ciał z kostnic, do których dochodziło w całych Stanach Zjednoczonych. (Zakłady pogrzebowe sprzedawały powierzone im zwłoki firmom handlującym organami – ze zbezczeszczonych ciał wycinano między innymi skórę i ścięgna, przekazywane potem do przeszczepów). Zignorowałem skandale towarzyszące objazdowym wystawom pokazującym ciała skazańców, które po śmierci poddano plastynacji. Wspomniałem ledwie o raporcie, z którego wynika, że w Anglii skradziono ponad sto tysięcy przysadek mózgowych wykorzystywanych do wytwarzania ludzkiego hormonu wzrostu. Nie zajmowałem się niedawnymi doniesieniami o boliwijskich seryjnych mordercach, którzy sprzedawali tłuszcz swoich ofiar europejskim firmom kosmetycznym produkującym luksusowe kremy do twarzy. Każdego dnia ta lista się wydłuża. Od połowy lat dziewięćdziesiątych do roku 2000 izraelscy żołnierze zbierali rogówki palestyńskich bojowników zabitych w walce. Znacznie wcześniej, na przełomie XIX i XX wieku, rosnący popyt na zmniejszone ludzkie głowy w Europie doprowadził do wojen międzyplemiennych w Ameryce Południowej. Krótko mówiąc,

szczegółowe opisanie wszystkich rodzajów czerwonego rynku przekracza moje możliwości.

Mam jednak nadzieję, że ta książka pozwoli czytelnikom spojrzeć w nowy sposób na handel ludzkimi ciałami. Jeśli znajdziemy wspólne cechy różnych rodzajów czerwonego rynku, być może uda nam się stworzyć rozwiązania problemów dotykających tego rynku. W najciemniejszych zakątkach gospodarki naszego świata działają przestępcy, ale dzieje się tak tylko dlatego, że na to pozwalamy. Handlarze, z którymi się zetknąłem podczas moich badań, mieli bardzo mało skrupułów co do sposobów zdobywania przez siebie ludzkiego surowca. Kierują się prostą kapitalistyczną zasadą: kupuj tanio, sprzedawaj drogo. Handlarze starannie ukrywają łańcuch dostaw przed wścibskimi spojrzeniami.

Choć przekazywanie ludzkiej tkanki i narządów przynosi wiele korzyści, pośrednicy otwierają drogę do niebezpiecznych nadużyć. Jedyny sposób, aby się ich pozbyć, to wpuścić światło do tych mrocznych zakamarków i ujawnić cały łańcuch dostaw, od początku do końca. Każdy woreczek krwi powinien być zaopatrzony w informacje umożliwiające dotarcie do dawcy, każda nerka opisana nazwiskiem poprzedniego właściciela, każda matka zastępcza możliwa do odnalezienia, każda adopcja prowadzona w przejrzysty sposób. W poszczególnych rozdziałach niniejszej książki opisuję inny rodzaj czerwonego rynku. Każdy z nich przedstawia najważniejsze, najzyskowniejsze lub najbardziej niepokojące scenariusze, jakie udało mi się odkryć – razem tworzą ogólny obraz czerwonego rynku na świecie.

Obecnie możliwość prześledzenia drogi ludzkiego materiału wzdłuż całego łańcucha dostaw mają jedynie odpowiednie organy administracyjne. Zwykle instytucje te są niedofinansowane i współpracują blisko ze szpitalami oraz handlarzami, których powinny kontrolować. Często międzynarodowe transakcje przeprowadza się bez żadnego nadzoru. Błędy popełniane przez takie instytucje są dobrze udokumentowane i powszechne na każdym z rodzajów czerwonego rynku, które tu opisuję. Moim zdaniem nie powinniśmy ślepo wierzyć, że uczciwie i bezpiecznie przeprowadzą proces, który przemieni ludzkie ciało w produkty, a dokumentację opisującą ich działania należy ujawnić.

Całkowita przejrzystość wywołuje jednak inne problemy, może również prowadzić do zmniejszenia podaży ciał. Na przykład w Wielkiej Brytanii nowa inicjatywa polegająca na ujawnieniu akt dawczyń komórek jajowych spowodowała, że kobiety przestały oddawać swoje gamety. Teraz pary, które same nie mogą doprowadzić do poczęcia, kupują takie komórki w Hiszpanii albo na Cyprze.

Mimo to przejrzystość na czerwonym rynku powstrzymałaby handlarzy, którzy nie cofną się przed niczym, byle tylko zdobyć ludzkie ciało. Nikt nie zabijałby ani nie porywał ludzi dla ich nerek, jeśli nabywca znałby dane rodziny dawcy, choćby po to, by wysłać jej list z podziękowaniem. Nikt nie porywałby dzieci, jeśli proces adopcji byłby całkowicie jawny. Żaden krwiodawca nie spędzałby kilku lat w zamknięciu tylko po to, by minimalnie zwiększyć miejscowe zasoby krwi.

Czas już przestać ignorować czerwony rynek i wziąć za niego odpowiedzialność.

1

Alchemia ciała

Na krótką chwilę Emily[5] jakby zatrzymuje się w powietrzu, zawieszona w punkcie, gdzie ruch w górę, spowodowany siłą jej kończyn, ustąpi miejsca grawitacji. Tutaj, w najwyższym punkcie jej krótkiego lotu, prawa fizyki przypieczętowały jej los – lecz ciało Emily nadal należy do niej. Za chwilę zderzenie z ziemią da początek całej serii smutnych wydarzeń, Emily przestanie istnieć jako osoba, a odpowiedzialność za jej fizyczną postać spadnie na barki innych ludzi. Teraz jednak, w punkcie dzielącym wznoszenie od opadania, jest nieosiągalna. Może nawet piękna. Kiedy zaczyna lecieć w dół, wiatr obmywający jej twarz przybiera na sile.

Uderza o beton, głuchy odgłos niesie się po całym dziedzińcu klasztoru, lecz żaden z nielicznych studentów, którzy nie śpią jeszcze o trzeciej w nocy, nie reaguje. Kilka godzin wcześniej Emily siedziała z nimi. Niewiele mówiła, wyszła bez pożegnania. Nikt nie skojarzył tego dźwięku z jej nieobecnością. W Indiach takie hałasy to rzecz zwyczajna. Nie wyszli na dziedziniec, by sprawdzić, co się wydarzyło, więc ciało Emily leży nieruchomo, oblane niebieskawym blaskiem księżyca. Studenci są szczęśliwi, że mogą medytować w miejscu, gdzie przed trzema tysiącami lat Budda dostąpił przebudzenia. Miasto nosi nazwę Bodh Gaja na jego cześć – tłumaczy się ją dosłownie jako „tam, gdzie udał się Budda”. Przez ostatnie dziesięć dni siedzieli w milczeniu i medytowali przed złotym posągiem Buddy, coraz bardziej spragnieni kontaktu z innymi. Surowy zakaz prowadzenia rozmów wprawiał ich w coraz większe zdenerwowanie. Gdy w końcu mogli zrobić użytek ze swoich języków, siedzieli razem do późnej nocy i trajkotali jak dzieci w ostatni dzień letniego obozu.

Przez godzinę śpię głęboko zaledwie kilka metrów od jej ciała, osłonięty białą moskitierą, i śnię spokojnie o powrocie do domu, do żony. Nagle ktoś szarpie mnie za ramię, otwieram oczy i widzę nad sobą brodatą twarz jednego z moich studentów, nowojorczyka. Jest przerażony.

– Emily leży na bruku, nie oddycha.

Kierowany jedynie instynktem, zrywam się natychmiast z łóżka, wciągam dżinsy i wypłowiałą koszulkę i wybiegam na dziedziniec.

Stephanie, druga kierowniczka programu, przetacza ciało na pomarańczową karimatę. Prawe oko Emily jest podbite i opuchnięte, jej włosy są lepkie od krwi. Zbyt zszokowana, by zauważyć moją obecność, Stephanie próbuje przywrócić Emily do życia. Uciska jej klatkę piersiową. Na wilgotnej od rosy trawie leży zawartość apteczki, rozrzucone bezładnie strzykawki i opatrunki. Twarz Stephanie wykrzywia się w grymasie przerażenia, gdy dostrzega, że po każdym uciśnięciu mostka z ust dziewczyny wypływają strużki krwi. Nie ma pulsu.

Wszyscy goście przebywający w klasztorze są już na nogach, tłoczą się wokół ciała. Jakaś kobieta z długimi brązowymi włosami i austriackim akcentem mdleje na widok krwi. Wybieram na komórce numer dyrektorów programu w USA, by przekazać im wstrząsające wieści.

Po chwili się rozłączam, sporządzam notatki i planuję rozmowy telefoniczne z rodziną Emily, podczas gdy trzech studentów pomaga przenieść ją do zardzewiałego ambulansu,

z którego korzysta klasztor, świadcząc usługi medyczne mieszkańcom pobliskich wiosek. Tej nocy karetka wiezie ciało dziewczyny przez spalone słońcem pola i tłoczny obóz wojskowy w kierunku jedynego szpitala w okolicy. Emily dociera do szpitala uczelnianego Gaya Medical College 12 marca 2006 roku po godzinie czwartej, a o 4.26 lekarze oficjalnie stwierdzają jej zgon.

O 10.26 mam wrażenie, że postarzałem się w ciągu tych kilku godzin co najmniej o rok. Pamiętnik Emily, pozostawiony na balkonie jej pokoju, pełen jest obrazów i myśli, które każą mi przypuszczać, że było to samobójstwo. Dziesięć dni medytacji i milczenia połączonych z szokiem kulturowym, całkiem zrozumiałym w sytuacji, gdy odwiedza się kraj położony na drugim końcu świata, najwyraźniej okazało się dla niej zbyt wielkim ciężarem. Lecz przyczyny jej śmierci nie wydają mi się w tej chwili tak istotne jak brzemię zadań, które czekają mnie w najbliższej przyszłości. Jej rodzinne miasto, Nowy Orlean, leży w odległości ponad trzynastu tysięcy kilometrów od tego miejsca, a pierwszy etap podróży prowadzi przez spalone, jałowe ziemie wiejskich obszarów Indii. Poprzedniego dnia wypadek na węźle komunikacyjnym w świętym mieście Waranasi przerwał połączenie kolejowe z Gają, a miejscowy port lotniczy nie jest zainteresowany transportem ciała.

Gdy czerwone słońce wznosi się nad horyzontem, przychodzą do mnie dwaj policjanci w zielonych mundurach. Obaj są uzbrojeni w półautomatyczne pistolety i noszą wielkie, podkręcone wąsy. Wcześniej obejrzeli w szpitalu ciało i chcą mi zadać kilka pytań.

– Miała jakichś wrogów? Ktoś był o nią zazdrosny? – pyta komisarz Mishra, wysoki mężczyzna o imponującej posturze. Na jego naramiennikach błyszczą dwie srebrne gwiazdy. Podejrzewa morderstwo.

– Nic mi o tym nie wiadomo – odpowiadam, zaskoczony podejrzliwym tonem jego głosu.

– Jej obrażenia są… – Zastanawia się przez moment, szukając właściwego angielskiego słowa. – Rozległe.

Pokazuję mu miejsce, w którym upadła, oraz rozrzucone resztki sprzętu medycznego, pozostałość po naszych nieudanych próbach reanimacji. Zapisuje coś w notesie, ale nie zadaje więcej pytań. Prosi mnie jednak, bym pojechał z nim do szpitala. Chce, żebym coś zrobił.

Kilka minut później siedzę w policyjnym jeepie wraz z Mishrą i trzema młodymi strażnikami, którzy mają zapewne niewiele ponad dwadzieścia lat. Wszyscy trzymają w dłoniach wysłużone pistolety maszynowe z czasów II wojny światowej. Lufa jednego ze stenów mierzy prosto w mój brzuch, gdy samochód trzęsie się i podskakuje na nierównej drodze. Boję się, że broń może w każdej chwili wypalić, ale nic nie mówię.

Mishra, który siedzi na przednim fotelu pasażera, odwraca się do mnie z uśmiechem. Wydaje się zadowolony, że może pomóc Amerykaninowi. To atrakcja, urozmaicenie jego codziennej nudnej służby.

– Jak działa policja w Ameryce? – pyta. – Tak, jak pokazują to w telewizji?

Wzruszam ramionami. Naprawdę nie mam pojęcia.

Widzę, jak z naprzeciwka nadjeżdża inny SUV. Przez pokryte warstwą pyłu okna dostrzegam sylwetkę białej kobiety z brązowymi włosami. To Stephanie. Spoglądamy sobie w oczy, gdy nasze samochody się mijają. Wygląda na zmęczoną.

Kilka minut później docieramy do zatłoczonych i dziurawych ulic Gai. Choć to jedno z większych miast stanu Bihar, rozwój jest tutaj pustym pojęciem. Pomimo wysiłków rządu

centralnego wciąż panuje tutaj feudalizm. Ludzie rządzący miastem to spadkobiercy systemu, który powstał w czasach maharadżów. Po ulicach snują się olbrzymie świnie oblepione czarnym błotem, które przeszukują sterty śmieci i odpychają przechodniów stojących im na drodze. Niektóre czekają przed sklepem mięsnym na smakołyki. Kiedy je mijamy, rzeźnik rozcina na pół łeb odartej ze skóry kozy i rzuca niejadalne resztki świniom. Jedna z nich wciąga porzucone skrawki jak spaghetti.

Jeep pokonuje jeszcze trzy zakręty, wjeżdża na teren Gaya Medical College i zatrzymuje się przed betonowym budynkiem. Napis wymalowany wielkimi literami na markizie przed wejściem informuje, że to ODDZIAŁ NAGŁYCH WYPADKÓW. W hierarchii indyjskich instytucji medycznych ta uczelnia lokuje się na szarym końcu – to aberracja, która przyciąga jedynie najpośledniejszych specjalistów w kraju. Choć powstała w czasach kolonialnych, gdy państwem rządzili brytyjscy biurokraci, którym Indie kojarzyły się głównie z korkowymi hełmami i oparzeniami słonecznymi, trudno dostrzec na terenie uczelni jakiekolwiek pozostałości imperialnej architektury. Główny campus upstrzony jest przysadzistymi betonowymi budynkami, które wzniesiono za pieniądze z uszczuplonych budżetów rządowych. Choć znaczna część Indii dynamicznie się rozwija, dosiadając rakiety informatyczno-technicznego postępu, stan Bihar wciąż siedzi na trybunie przy płycie wyrzutni.

Wysiadam z samochodu, a Mishra prowadzi mnie na oddział. Pielęgniarka w uniformie i czepku rodem z czasów Florence Nightingale[6] wita mnie pustym spojrzeniem osoby przywykłej do tragedii. Tuż obok na betonowej płycie leży ciało Emily, okryte pogryzionym przez mole wełnianym kocem. Wcześniej pielęgniarka przyniosła kilka cienkich parawanów, by osłonić zmarłą przed wzrokiem ciekawskich. Rick, Amerykanin, który pracuje jako wolontariusz w klasztornej klinice, czuwa przy jej ciele od samego świtu.

Mishra odsuwa całun, który chronił Emily przed muchami, i odsłania jej poturbowane ciało. W ciągu kilku godzin, które minęły od jej śmierci, temperatura ciała dziewczyny spadła o kilkanaście stopni, co tylko uwydatniło obrażenia. Pod jej okiem widnieje ciemna plama krwi, wybrzuszenie u podstawy karku może świadczyć o tym, że przy upadku złamała kręgosłup. Ślady na ramieniu, niewidoczne w czasie, gdy Stephanie prowadziła reanimację, wydają się teraz wyraźne niczym wojskowy kamuflaż.

Mishra prosi mnie, żebym powiedział mu, co widzę, oraz żebym spisał rzeczy zmarłej na potrzeby raportu policyjnego. Zgodnie z prawem to policja sprawuje teraz pieczę nad jej ciałem, a jeśli coś zginie, Mishra zostanie pociągnięty do odpowiedzialności. Emily jest ubrana w lnianą bluzkę i długą spódnicę, którą kupiła na bazarze w Delhi. Prawy nadgarstek oplata bransoletka z drewnianych paciorków.

– W jakim kolorze? – pyta Mishra, wciąż niepewny swojego angielskiego.

– Bluzka jest *lal*, czerwona, a spódnica *nila*, niebieska – odpowiadam. Mishra zaciska palce na długopisie i notuje moje słowa. Obrażenia Emily pasują barwą do jej ubrania.

Komisarz milczy, zastanawiając się być może nad tym dziwnym zestawieniem kolorów, lecz wkrótce z zamyślenia wyrywa go chrzęst opon na żwirze, zwiastun kolejnych gości.

Na zewnątrz zatrzymały się dwie małe furgonetki maruti omni, z których wysypują się dwie ekipy dziennikarskie, bezładna mieszanina ciał i sprzętu telewizyjnego. Zachowanie dziennikarzy, podobnie jak stan uczelni, świadczy o marginalizacji tego regionu. W pozostałych częściach kraju kanały informacyjne rywalizują ze sobą, walczą o sensację,

lecz tutaj dziennikarstwo jest sportem zespołowym. Dwie konkurencyjne ekipy korzystają z tego samego transportu. Szesnaście osób czeka w pobliżu pustych furgonetek, gdy dwaj producenci porządkują sprzęt, dopasowując mikrofony z czarno-białymi logo do odpowiednich kamer.

Mishra wychodzi, by zabronić im wstępu do szpitala – a może by przywitać się ze starymi przyjaciółmi. Do wnętrza oddziału dociera tylko echo ich podniesionych głosów, ale dobrze wiem, co za chwilę się wydarzy. Wyglądam zza żeliwnych drzwi i próbuję dojrzeć, jak jeden z producentów wkłada w otwartą dłoń komisarza żółty banknot. Nie widzę tego ruchu, lecz wiem, że mam tylko kilka sekund, by przygotować się do wywiadu.

Przykrywam twarz Emily szpitalnym kocem i przechodzę do przedniej części sali. Błysk kilku fleszów oślepia mnie na moment. Ekipa wideo zapala lampę, gorące żółte światło uderza mnie w twarz. Reporterzy podtykają mi pod nos kiść mikrofonów i zasypują pierwszą salwą pytań.

– Jak umarła?

– Ktoś ją zamordował?

– Czy to było samobójstwo?

A po chwili, jakby po zastanowieniu:

– Kim pan jest?

Pytania brzmią całkiem rozsądnie, ale nie odpowiadam na nie. Przez ostatnie sześć godzin mój szef w Stanach Zjednoczonych próbował skontaktować się z rodzicami Emily, nie wiem jednak, czy mu się to udało. Niewykluczone, że mogliby dowiedzieć się o wszystkim z amerykańskiej telewizji.

Osobę, którą była niegdyś Emily, zastąpił teraz problem, jaki stanowi jej ciało. Możemy już zapomnieć o pośpiechu, który kierował naszymi działaniami, gdy próbowaliśmy ratować jej życie, teraz musimy zająć się tym, co wiąże się z jej śmiercią. To, co po niej zostało, jest bardzo kruche, bezbronne. I szybko niszczeje. Mimo to cała masa ludzi interesuje się jej szczątkami.

– Bez komentarza – mówię, mrużąc oczy w oślepiającym blasku telewizyjnych reflektorów. Reporterzy nadal zadają pytania, lecz robią to już spokojniej, bez natarczywości. Dostrzegam błysk w oku kamerzysty i domyślam się, że chce sfilmować jej ciało. Zasłaniam dłonią obiektyw kamery, lecz jakiś mężczyzna w czerwonej koszulce polo chwyta mnie za rękę i próbuje odepchnąć. Siłuję się z nim, ale stoję na przegranej pozycji. Puszcza mnie nagle, a ja mimowolnie się obracam. Natychmiast przepychają się obok mnie i odsuwają całun zakrywający jej twarz.

W ostrym blasku reflektorów krew pod okiem Emily mieni się czernią i fioletem. Rana ciągnie się do pęknięcia czaszki i dalej, do samego mózgu. W indyjskiej telewizji śmierć to największa gwiazda obok obwieszonych diamentami celebrytów z Bollywood. Dyskretne zdjęcia zakrytych szczelnie ciał i przywieszek umocowanych na stopach są dobre dla amerykańskiej prasy. W indyjskich wiadomościach twarze zmarłych pokazuje się bez żadnych zahamowań, zdjęcie po zdjęciu, w niekończącym się montażu ludzkiej tragedii. Indyjscy zmarli nie wstydzą się kamer. Jeśli moim obowiązkiem jest ochrona Emily, to zawiodłem.

Tego wieczora w indyjskich serwisach informacyjnych w całym kraju pojawi się ta sama wiadomość:

Nie co dzień w Indiach giną Amerykanie. Dziś Emily będzie słynna tylko dlatego, że z żywej osoby zamieniła się w martwe ciało. Kiedy wiadomość o jej śmierci dotrze do najdalszych zakątków kraju, uwaga całego narodu skupi się przez moment na tym właśnie miejscu. Miliard ludzi będzie miało okazję ujrzeć jej martwą twarz.

Przepycham się przed kamery i aparaty fotograficzne, lecz reporterzy sami się już wycofują. Dostali to, na czym im zależało.

Komisarz Mishra trzyma w lewej dłoni pałkę policyjną. Jego twarz to kalejdoskop grymasów, które mówią równocześnie: „Czas za wasze pięćset rupii już minął" i „Nie mam pojęcia, jak ci faceci się tutaj dostali". Nie ma to żadnego znaczenia dla dziennikarzy, którzy składają już sprzęt i wsiadają z powrotem do furgonetek. Kierowcy uruchamiają silniki i wiozą obie ekipy do ośrodka medytacyjnego, na miejsce tragedii.

W sali, która przed momentem przypominała arenę cyrkową, panuje teraz grobowa cisza. Nie pozostaje mi nic innego jak powrócić do czuwania. Mishra uśmiecha się do mnie, wzrusza ramionami i udaje się na swój posterunek na zewnątrz. Gdy ponownie zostaję sam na sam z ciałem Emily, dociera do mnie ponura rzeczywistość. Oto jedna z moich studentek zmarła tragicznie w odległym zakątku Indii, a ja muszę jakoś sprowadzić jej ciało do domu. Sześć godzin po śmierci truchło, które po sobie zostawiła, bardzo niewiele różni się od kiepsko opakowanego kawałka mięsa. A ponieważ w południe temperatura może sięgnąć nawet czterdziestu stopni Celsjusza, trudno będzie w jakikolwiek sposób zatrzymać proces rozkładu.

Pielęgniarka dyżurująca w izbie przyjęć informuje mnie, że w szpitalu nie ma lodownika. Co więcej, nie mogę nawet zabrać ciała Emily, dopóki nie zostanie poddane autopsji. Proponuje, bym czuwał przy zwłokach aż do przyjazdu lekarzy.

Czekam.

W końcu przed szpitalem zatrzymuje się mała furgonetka tej samej marki i typu, co pojazdy dziennikarzy. Od tamtych samochodów różni ją jedynie brak tylnych siedzeń, które usunięto, by zrobić miejsce na nosze. Dwaj mężczyźni w pomiętych koszulach i powycieranych luźnych spodniach mówią, że przyjechali zabrać ciało na sekcję.

Wrzucają je bezceremonialnie do furgonetki i wiozą jakieś osiemset metrów po gruntowej drodze. Siedzę obok ciała, gdy lawirują między budynkami uczelni i w końcu zatrzymują się przed małym, zniszczonym budynkiem rządowym z wielkimi dziurami w aluminiowym dachu. Napis na drzwiach, sporządzony w hindi, głosi: SALA SEKCYJNA. Zapuszczone pomieszczenie wygląda tak, jakby nie używano go co najmniej od dekady. Stół otacza kilka rzędów krzeseł ustawionych na podwyższeniu, z którego studenci obserwowali zapewne autopsję. Niektóre krzesła w środkowych rzędach są przewrócone, a wszystko pokrywają ptasie odchody i gruba warstwa kurzu. W przedniej części sali znajdują się tablica i masywny obsydianowy stół, chłodny w dotyku. Kładą ciało Emily na stole i zamykają drzwi na kłódkę.

– Lekarze niedługo przyjadą – mówią, po czym wychodzą za róg, żeby wypalić małe, ręcznie skręcone papierosy. Dopiero teraz dostrzegam kilka części ubrań i kępki włosów rozrzucone wokół budynku – są to niewątpliwie pozostałości poprzednich autopsji.

Wypaliwszy skręta, jeden z nich prowadzi mnie do sąsiedniego budynku, znacznie większego niż sala sekcyjna. Mówi, że będzie tam na mnie czekał dyrektor uczelni. Kiedy docieram na miejsce, doktor Das załamuje ręce nad imponującą stertą dokumentów, a jego

kruczoczarny tupecik przekrzywia się lekko na bok.

Doktor Das pracuje właściwie na dwóch etatach, zarządzając uczelnią i przeprowadzając sekcje zwłok dla policji. W ciągu roku akademickiego uczy studentów pierwszego roku tajników medycyny sądowej. W związku z tym musi czasami zademonstrować różnego rodzaju rany i obrażenia na anonimowych zwłokach, które trafiają do jego kostnicy. To popularny kurs. Tłumaczy to również, dlaczego jego szafka pełna jest śmiertelnych trucizn i potencjalnych narzędzi zbrodni, od mieczy, sztyletów i maczet po śrubokręty i kije bejsbolowe ponabijane gwoździami. Na najniższej półce leży plik zdjęć z miejsc zbrodni, ukazujących ciała w różnych stopniach rozkładu. Podczas naszej rozmowy doktor od czasu do czasu spogląda na szkielet anatomiczny stojący przy oknie.

– To bardzo szczególny przypadek – zaczyna. – Niewielu obcokrajowców umiera w tym mieście, musimy więc prowadzić tę sprawę bardzo uważnie. Mnóstwo ludzi patrzy nam na ręce.

Jako studentka Emily była tylko jedną z garstki młodych Amerykanek w hinduskich strojach, które odwiedzały święte miejsca w trakcie duchowej podróży przez Indie. Jako martwa cudzoziemka stała się bohaterką coraz głośniejszego międzynarodowego incydentu, który rozchodzi się echem po policyjnych urzędach, korytarzach ambasad i siedzibach firm ubezpieczeniowych, zmuszonych wypłacić dziesiątki tysięcy dolarów za sprowadzenie jej szczątków.

A wszystko, jak się właśnie dowiaduję, zależy od raportu z sekcji jej zwłok sporządzonego przez doktora Dasa. Jeśli uzna, że obrażenia wskazują na morderstwo, być może jej ciało będzie musiało pozostać pod opieką policji, dopóki śledztwo nie dobiegnie końca. Jednak, ponieważ jego uczelnia nie dysponuje urządzeniami, które pozwoliłyby zakonserwować zwłoki dłużej niż na kilka dni, szczątki Emily wkrótce osiągną taki stopień rozkładu, że żadna linia lotnicza nie zgodzi się przewieźć ich do USA.

Jeśli doktor Das orzeknie, że Emily popełniła samobójstwo, policja będzie mogła szybko zamknąć tę sprawę. Tłumaczy mi jednak, że jej rodzina to katolicy, którzy zapewne nie zechcą pogodzić się z myślą, że ich córka odebrała sobie życie i przez całą wieczność będzie smażyć się w piekle. W związku z tym mogą zażądać dodatkowego śledztwa, które wskazałoby na inne przyczyny jej śmierci. Doktor kręci powoli głową.

– Widzi pan, to trudny dylemat – mówi z troską. – Byłoby znacznie łatwiej, gdyby nie umarła.

Martwe ciało dzieli od żywego bardzo cienka, niemal niedostrzegalna granica. Problem z umieraniem polega na tym, że kiedy już ta linia zostanie przekroczona, zmieniają się wszystkie zasady obcowania z fizyczną obecnością danej osoby. Doktor Das wzdycha i spogląda na pomocnika, który trzyma w dłoniach dwa puste słoje.

– Chyba już czas zaczynać. – Odpycha się dłońmi od stołu i podnosi ciężko. Sięga po czarną torbę lekarską i wychodzi z gabinetu, zostawiając mnie samego obok szafki z medycznymi osobliwościami.

Nie idę za nim. Spoglądam na kij bejsbolowy najeżony zardzewiałymi gwoździami, umocowany w jednej z przeszklonych szafek. Główka gwoździa na samym czubku pałki jest wygięta, na powierzchni drewna widnieje plama zakrzepłej krwi. Wzdrygam się na myśl o ranie, jaką doktor Das zadał anonimowym zwłokom. Nagle z ponurych rozmyślań wyrywa

mnie wibrowanie telefonu w kieszeni.

Z drugiego końca świata, z Nowego Jorku, poprzez szumy i trzaski dochodzi mnie głos dyrektora programu:

– Scott? Chciałbym cię prosić o pewną przysługę.

Dwa dni później słońce wysuwa się pomału nad Nizinę Hindustańską i rozpoczyna powolną wędrówkę po niebie. Jest wcześnie, ale ja w ogóle nie spałem tej nocy. Moje oczy są czerwone ze zmęczenia. Przez ostatnie dwie doby przeczesywałem miasto w poszukiwaniu lodu, który pozwoliłby zatrzymać rozkład ciała Emily. Korzystając z pomocy klasztoru, wrzuciłem setki kilogramów lodu do trumny, którą przygotowaliśmy w warsztacie stolarskim. Robiłem wszystko, co mogłem, by nie patrzeć przy tym na jej ciało. Wspólnymi siłami przenosiliśmy ją jeszcze dwukrotnie: z sali sekcyjnej z powrotem do klasztoru, a potem do małej kostnicy, o której zarząd szpitala zapomniał wspomnieć na początku całej tej historii.

Amerykańscy eksperci medycyny sądowej nie ufają swoim kolegom po fachu z Indii, więc mój nowojorski szef poprosił mnie, bym zrobił zdjęcia zwłok Emily i przesłał je do USA, gdzie staną się przedmiotem niezależnej analizy. Trzymam w dłoni aparat cyfrowy, który pożyczyłem od jednego ze studentów. Choć ciało Emily zostało już poddane autopsji, rezultaty badania nie są w pełni wiarygodne. Powiedziano mi, że jeśli nie zrobię tych zdjęć, rodzina Emily może zgłosić zastrzeżenia, a jej ciało nigdy nie opuści Indii.

Policyjny jeep podjeżdża pod mój hotel i zabiera mnie na uczelnię. Siedzę obok policjanta uzbrojonego w pistolet maszynowy. Mój towarzysz raz po raz zapada w drzemkę, jego głowa przechyla się do tyłu, a powieki zamykają mimowolnie. Chyba nawet nie zdaje sobie sprawy, że lufa jego karabinu znów mierzy prosto w mój brzuch. Myślę sobie, że już kiedyś to przeżyłem. Pół godziny później, gdy dojeżdżamy do sali sekcyjnej, policjant nadal śpi. Sala zamknięta jest na kłódkę. Siwy dozorca zmaga się przez chwilę z kluczami, jakby nie mógł zapanować nad drżeniem rąk. Sugeruje, że sto rupii pomogłoby mu uporać się z tym problemem.

Staram się zachować spokój. Boję się, że poczuję jedynie odrazę. Perspektywa oglądania ciała Emily po autopsji napełnia mnie przerażeniem. Zwłoki to jedno, ale świadomość, że będę musiał patrzeć na kogoś znajomego, kto został rozcięty przez lekarzy, każe mi się zastanawiać, czy nie zabrali czegoś oprócz jej organów – czy nie brakuje czegoś istotniejszego. Czuję paskudny ucisk w żołądku.

Minutę później jestem już w środku i patrzę na Emily ułożoną na metalowych noszach.

Lekarze rozcięli ją na pół za pomocą prymitywnych narzędzi – wykonali jedno długie nacięcie od szyi do miednicy. Wyłamali żebra, by obejrzeć jej serce. Aby dostać się do mózgu, rozcięli czaszkę na wysokości czoła. Odciągnęli skórę z jej twarzy, układając czoło na oczach, i odchylili do tyłu górną część czaszki. Zobaczyli to, czego się spodziewali, czyli krew zgromadzoną we wnętrzu czaszki. Ciśnienie tej krwi napierającej na mózg wystarczyło, by ją zabić.

Jednak lekarze na tym nie poprzestali. Wycięli również fragmenty jej wątroby, mózgu, serca i nerki, by wykluczyć otrucie. Aby sprawdzić, czy nie została zgwałcona, usunęli część pochwy, szyjki macicy i jajowodów. Włożyli wszystkie te organy do trzech wielkich słojów, które opatrzyli napisem „wnętrzności”. Potem kurier zawiózł słoje do laboratorium odległego o trzysta kilometrów. Na koniec lekarze pozszywali ciało Emily szerokimi, nieładnymi

szwami.

Orzeczenie było równie brutalne jak procedura autopsji. Napisano w raporcie, że przyczyną śmierci były: „Wstrząs i krwotok wywołane obrażeniami głowy. Zmarła doznała urazów typowych dla upadku z dużej wysokości”.

Nie czuję się tak, jak przypuszczałem. Inne, być może nawet bardziej niepokojące uczucie wypełnia moje trzewia i okrywa czerwienią policzki.

Jestem zawstydzony.

Nie poruszają mnie uszkodzenia jej ciała. Jestem na to przygotowany lepiej, niż przypuszczałem. Żalem napełnia mnie jej nagość.

Za życia Emily była piękną dwudziestojednoletnią kobietą w kwiecie wieku. Inne dziewczyny mogły jej tylko zazdrościć wdzięku i zgrabnej, atletycznej figury. Od lat ćwiczyła jogę, więc jej ciało było wręcz idealnie ukształtowane i pozbawione choćby grama zbędnego tłuszczu, a cera nieskazitelna. Emily, którą znałem, była silna i opanowana.

Teraz jednak, patrząc na jej nagie, martwe ciało, dowiedziałem się o niej więcej, niż kiedykolwiek chciałem wiedzieć. Gdy wysuwa się z maszyny, dozorca i ja widzimy ją w takiej postaci, w jakiej powinni widzieć ją tylko jej kochankowie. W powietrzu unosi się niemal namacalny zapach jej wnętrzności i jakiegoś środka konserwującego. Widok jej nóg, bioder, piersi i brzucha wydaje się nieprzyzwoity. Ale zmarli nie mają tajemnic. Emily straciła prawo do prywatności w momencie, gdy przestała oddychać. Przeszła do innego świata, gdzie rządzą prawa i obyczaje odmienne od tych, którym poddawała się tydzień temu. W tym świecie jej rodzice potrzebują zdjęć swojej nagiej córki. Tutaj Emily nie wzdryga się, gdy mężczyźni oglądają i badają jej wnętrzności. Czy się z tym zgadzamy, czy nie, w tym życiu najintymniejsze relacje łączą nas z naszym własnym ciałem. Przez śmierć zostajemy upokorzeni, pozbawieni tej kontroli.

Skorupa jej ciała jest czymś innym, umniejszonym wobec ciała, w którym się urodziła i dorastała. Obrażenia, doznane przez nią podczas upadku, zdeformowały ją do pewnego stopnia, ale znacznie gorsze były agresywne działania patologów, którzy pocięli ją na kawałki i wysłali te fragmenty na drugi koniec stanu. To jest ciało, o którym będziemy opowiadali różne historie i nad którym zapłaczą jej rodzice. Lecz nazywanie tego, co po niej zostało, „Emily”, lub choćby „ciałem Emily”, jest kłamstwem. Czymkolwiek to jest, zostało zdekompletowane i nigdy już nie wróci do pierwotnego stanu.

Zmarli podlegają w naszym postrzeganiu dziwnej przemianie. Tutaj, na tym stole, jej skóra jest workiem, z którego wyjęto już najcenniejsze kawałki i zaszyto byle jakim ściegiem. Po śmierci ciało jest przedmiotem, do którego roszczą sobie prawa różni ludzie i grupy zawodowe, od dziennikarzy, którzy sprzedali zdjęcia Emily, do lekarzy, którzy pocięli ją na kawałki, i rodziców, pragnących odebrać ją w całości. Teraz i ja jestem częścią tego łańcucha, zbieram dane i przekazuję je w imieniu zmarłej. Emily, kimkolwiek była, przepadła – to są tylko jej części. Ta sama historia powtarza się w przypadku każdego z nas. Każdego ciała.

Zerkam na wskazania światłomierza i zaczynam robić zdjęcia. Migawka pstryka raz za razem, gdy fotografuję każdy centymetr jej ciała, zaczynając od palców u stóp i kończąc na rozciętej czaszce. Za niecałą godzinę ciało Emily znajdzie się w samolocie do Delhi. Stamtąd poleci do Luizjany, gdzie zostanie pochowane w jasnoniebieskim sari, specjalnie w tym celu zakupionym przez rodziców. W końcu dozorca zabiera zwłoki, by przewieźć je do czekającej

na zewnątrz furgonetki. Wiem, że część mnie nigdy już nie opuści tej sali.

2

Fabryka kości

Posterunkowy w białym przepoconym podkoszulku i niebieskim sarongu w kratę otwiera tylne drzwi rozlatującego się indyjskiego SUV-a tata sumo, który na tym wiejskim posterunku policji w stanie Bengal Zachodni pełni funkcję schowka na dowody. Ponad sto ludzkich czaszek wysypuje się z grzechotem na ścierkę przykrywającą błotnistą kałużę. Straciły większość zębów, gdy obijały się o siebie i ściany rozklekotanego auta podczas podróży na posterunek. Odłamki kości i szkliwa niczym płatki śniegu opadają na ziemię wokół rosnącej sterty czaszek.

Policjant stojący obok samochodu uśmiecha się, składa ręce na wydatnym brzuchu i chrząka z zadowoleniem.

– Sam pan widzi, ile tego jest – mówi. Przykucam i podnoszę jedną z czaszek. Jest lżejsza, niż przypuszczałem. Podnoszę ją do nosa. Pachnie smażonym kurczakiem.

Nim przejęła ją policja, ta partia kości wędrowała dobrze już utartym torem, wspólnym dla wszystkich ludzkich szkieletów przeznaczonych na sprzedaż. Od stu pięćdziesięciu lat indyjskie szlaki handlu kośćmi wiodły od zapadłych wiosek do najbardziej szanowanych uczelni medycznych. Macki tej sieci oplatają cały kraj i sięgają do sąsiednich państw. Widziałem na granicy Bhutanu podobne kości przeznaczone na inny rynek, ale tu znalazłem w końcu to, czego szukałem: starannie spreparowane pomoce medyczne.

Niełatwo zdobyć szkielet. W Stanach Zjednoczonych większość ciał wkrótce po śmierci zostaje pogrzebana lub poddana kremacji. Zwłoki oddane na potrzeby nauki zwykle trafiają na stoły sekcyjne, a kości zostają pocięte na kawałki. Czasami trafiają na bardziej zyskowny rynek materiałów do przeszczepów. Dlatego też szkielety anatomiczne w najlepszym stanie pochodzą z zagranicy. Często trafiają do punktu docelowego bez zgody ich prawowitych właścicieli i z pogwałceniem praw kraju, z którego pochodzą.

Od niemal dwustu lat Indie są głównym światowym źródłem kości używanych do badań medycznych, znanym z produktów wyczyszczonych do śnieżnej bieli i utwardzonych środkami wysokiej jakości. Jednakże w 1985 roku indyjski rząd zabronił handlu ludzkimi szczątkami, a światowa podaż szkieletów nagle się załamała. Kraje Zachodu zwróciły się do Chin i Europy Wschodniej, ale te regiony eksportują stosunkowo mało szkieletów ze względu na brak doświadczenia w produkcji modeli wysokiej jakości. Tamtejsze wyroby uważane są za gorsze.

Teraz, ponad dwie dekady po wprowadzeniu zakazu eksportu ludzkich szczątków z Indii, pojawia się coraz więcej znaków, że tego rodzaju handel nigdy nie ustał. Handlarze kośćmi z Bengalu Zachodniego nadal dostarczają ludzkie szkielety i czaszki, korzystając z tradycyjnych metod: okradają groby, oddzielają tkankę miękką od twardego wapnia i przekazują kości dystrybutorom, którzy je składają i wysyłają do dilerów na całym świecie.

Eksport do Ameryki Północnej jest znacznie mniejszy od tego sprzed zakazu, ale to oznacza tylko tyle, że szkielety są droższe, a nie że nie można ich zdobyć. Dostawcy mają wystarczającą motywację do pracy – to naprawdę lukratywny biznes. Na przykład czaszki, które leżą przede mną na ziemi, w Stanach Zjednoczonych byłyby warte około siedemdziesięciu tysięcy dolarów.

Posterunkowy chwyta szmatę za rogi i tworzy z niej tobół zawierający materiał dowodowy.

– Wie pan, nigdy nie widziałem czegoś podobnego – mówi. – I mam nadzieję, że nigdy więcej nie zobaczę.

•

Następnego dnia nad wschodnią część Indii nadciąga potężny front niżowy znad Zatoki Bengalskiej, który niesie ze sobą zagrożenie powodzią. Media już ochrzciły go „wodną apokalipsą” po śmierci ośmiu osób, które zginęły w pomniejszych powodziach, nim jeszcze dotarł do lądu. Jadę do maleńkiej osady Purbasthali, około stu dwudziestu kilometrów od Kalkuty, stolicy Bengalu Zachodniego. To właśnie w Purbasthali działała fabryka kości, w której policja odkryła duży ładunek czaszek. Toyota qualis, którą wynająłem na tę podróż, utyka w błocie niecały kilometr od fabryki, wysiadam więc i pokonuję resztę drogi na piechotę. Niebo jest czarne jak węgiel, pada ulewny deszcz. Przy błotnistej drodze przechadzają się ropuchy wielkości rękawic bokserskich.

Policjanci, którzy pojawili się tutaj na początku 2007 roku, czuli smród rozkładających się ciał z odległości ponad kilometra. Pod sufitem wisiały kawałki kręgosłupów powiązane sznurkiem, jak opowiadał mi jeden z policjantów. Na podłodze leżały setki kości uporządkowanych według jakiegoś systemu.

Ta fabryka kości działała ponad sto lat – do czasu, gdy dwaj pracownicy zaczęli przechwalać się w barze, że wynajęto ich do wykopywania ciał z grobów. Zszokowani mieszkańcy osady zaciągnęli ich na komisariat, gdzie tamci złożyli zeznania. Powiedzieli między innymi, że fabryką zarządza niejaki Mukti Biswas. Władze dobrze znały tego człowieka. W 2006 roku policja aresztowała Biswasa jako szefa gangu okradającego groby; zwolniono go następnego dnia ze względu na jego „powiązania polityczne”, jak twierdziły media. Policja aresztowała go ponownie, ale tak jak za pierwszym razem został zwolniony za kaucją i uciekł.

Po dziesięciu minutach brodzenia w błocie dostrzegam blask lampy gazowej. Zaglądam do wnętrza drewnianego domu, gdzie na klepisku siedzi czteroosobowa rodzina.

– Znacie Muktiego Biswasa? – pytam.

– Ten gnojek ciągle jest mi winien pieniądze – odpowiada Manoj Pal, dwudziestokilkulatek z cienkim wąsikiem.

Mówi, że jego rodzina od pokoleń pracowała w fabryce kości – odkąd przedsiębiorstwo należało do Biswasów. Proponuje, że oprowadzi mnie po okolicy, idziemy więc wzdłuż brzegu rzeki Bhagirathi.

Osławiona fabryka kości to bambusowa chata z brezentowym dachem – Pal zdradza, że wie o co najmniej kilkunastu innych zakładach tego rodzaju. W kwietniu władze skonfiskowały tu stertę kości, kilka wiader kwasu solnego i dwie beczki żrącego środka chemicznego o nieustalonym jeszcze składzie. Teraz zostało tu tylko klepisko z wpuszczoną w ziemię betonową kadzią.

Biswas, którego rodzina od trzech pokoleń zajmowała się handlem kośćmi, nie miał żadnego problemu ze zdobyciem ciał. Jako właściciel terenu, na którym stawiano stosy pogrzebowe, twierdził, że ma licencję na likwidację zwłok, lecz jak poinformowała media policja, zamiast palić oddane mu ciała, Biswas je kradł. Zabierał zmarłych z cmentarzy,

kostnic i stosów pogrzebowych, wyciągał ich z płomieni, gdy tylko rodzina odeszła od stosu. Zatrudniał ponad dziesięciu ludzi, którzy zajmowali się oddzielaniem miękkich części od szkieletu i preparowaniem samych kości. Pal mówi, że zarabiał w ten sposób dolara i dwadzieścia pięć centów dziennie. Dostawał też dodatkowe pieniądze za przechowywanie kości danego ciała w jednym miejscu, by przedstawiały konkretnego, rzeczywistego osobnika, a nie zbieraninę różnych części – lekarze to cenią.

Pal tłumaczy mi, jak wyglądał proces produkcyjny w fabryce. Najpierw zwłoki owijało się siatką i wkładało do rzeki, gdzie mniej więcej w ciągu tygodnia bakterie i ryby zamieniały je w luźną stertę kości i miękkiej papki. Potem pracownicy oczyszczali kości i gotowali je w wodzie zmieszanej z sodą kaustyczną, by rozpuścić pozostałości tkanki miękkiej. Po tym zabiegu kości nabierały żółtego zabarwienia. Aby przywrócić im medyczną biel, przez tydzień suszyło się je na słońcu, a potem zanurzało w kwasie solnym.

Biswas miał klientów w całej Kalkucie. Wiele szkieletów trafiło do przerażających sal wydziału anatomii kalkuckiej akademii medycznej. Za ten towar Biswas otrzymywał zapłatę w gotówce od Domów, przedstawicieli tradycyjnej kasty opiekującej się grobami. Szkielety cieszą się ogromnym wzięciem wśród tutejszych studentów medycyny – co roku uczelnię opuszcza kilkuset świeżo upieczonych lekarzy. Hurtowe ilości kompletnych szkieletów, po czterdzieści pięć dolarów za sztukę, trafiały również do firmy Young Brothers, która łączyła kości drutem, opatrywała je medycznymi diagramami i wycinała fragmenty czaszek, by odsłonić ich strukturę wewnętrzną. Następnie sprzedawała przygotowane w ten sposób modele anatomiczne na całym świecie[7].

Oświetlam latarką podłogę i podnoszę jakąś mokrą szmatę. Mój przewodnik reaguje na to głośnym sykiem.

– Chyba wie pan, że to całun – mówi.

Natychmiast wypuszczam szmatę i wycieram dłoń w koszulę.

Próbowałem skontaktować się z Muktim Biswasem, telefonując pod numer, który wziąłem od miejscowego reportera. Udało mi się to w końcu po dziesięciu dniach prób. Przy akompaniamencie szumów i trzasków Biswas mówi mi, że policja wolała go raczej wygnać, niż zajmować się jego sprawą. Może spotkać się ze mną, ale tylko za przyzwoleniem policji i najlepiej w obecności miejscowego komisarza. Inaczej władze mogłyby potraktować go z mniejszą pobłażliwością.

Czekam na niego, wsłuchany w stukot kropel deszczu bijących o dach posterunku policji w Purbasthali, podczas gdy dyżurny policjant raz po raz częstuje mnie herbatą. Przez okno widzę beczki z chemikaliami, których fabryka kości używała do oczyszczania szkieletów. W końcu w ciemności pojawiają się reflektory limuzyny z czasów kolonialnych. Po chwili wysiada z niej pucułowaty dwudziestokilkulatek, który pędzi wielkimi susami do drzwi komisariatu. To nie on. Mukti postanowił pozostać w ukryciu. Przysłał na spotkanie swojego syna.

– To nie była żadna tajemnica. Prowadziliśmy ten interes, odkąd pamiętam – mówi w obronie swojego ojca. Tłumaczy, że ktoś musi zajmować się paleniem zwłok, bo inaczej nie będzie co z nimi zrobić.

A co z okradaniem grobów?

– Nic o tym nie wiem – ucina.

Nietrudno jednak znaleźć ofiary tego procederu.

Mohammed Mullah Box, wychudły mężczyzna po siedemdziesiątce, jest dozorcą małego cmentarza w wiosce Harbati. Kiedy znikają umarli, to właśnie do niego przychodzą z pytaniami zrozpaczeni krewni. Dziś nie ma żadnych odpowiedzi ani ciał. Siedzi na skraju pustego grobu, a po jego pomarszczonym policzku spływa łza.

Kilka tygodni temu złodzieje zakradli się na cmentarz i wykopali zwłoki jego sąsiada wkrótce po tym, jak zostały złożone do grobu. Teraz jego szkielet wisi zapewne w jakimś magazynie w Kalkucie i czeka na transport do któregoś z krajów Zachodu.

Pytam Boxa, czy martwi się, jaki los spotka jego ciało, kiedy umrze.

– Oczywiście – odpowiada.

Empiryczne badania ludzkiej anatomii zaczęły się od szkiców Leonarda da Vinci powstałych w XV wieku. Najstarszy szkielet anatomiczny, jaki do tej pory znaleziono, pochodzi z roku 1543. W miarę rozwoju medycyny coraz częściej oczekiwano od lekarzy, by doskonale znali budowę wewnętrzną ludzkiego ciała i jego funkcjonowanie. Na początku XIX wieku popyt na ludzkie szczątki w Europie znacznie przewyższał podaż.

W Anglii, gdzie znajduje się wiele spośród najwybitniejszych instytucji medycznych na świecie, okradanie grobów stało się zjawiskiem tak powszechnym, że na niektórych cmentarzach dochodziło do walk między okrytymi żałobą rodzinami a bandami studentów medycyny. Jeszcze gorzej wyglądała sytuacja w Stanach Zjednoczonych, gdzie przemysł medyczny rozrastał się szybciej niż populacja. W 1760 roku w całej Ameryce działało pięć uczelni medycznych. W ciągu zaledwie stu lat ich liczba wzrosła aż do sześćdziesięciu pięciu. Mieszkańcy ówczesnych Stanów Zjednoczonych cierpieli na wiele chorób, wskutek czego firmy medyczne miały na czym zarabiać. Ze względu na wysoką dochodowość takich interesów każdy, kto został lekarzem, mógł liczyć na sukces zawodowy i finansowy – można powiedzieć, że tak wyglądał pierwowzór amerykańskiego snu. Dostępu do zawodu lekarza nie utrudniały żadne zakazy czy różnice klasowe, medycyną mógł zajmować się każdy, kto posiadł odpowiednią wiedzę i gotów był ciężko pracować.

Przez cały wiek XIX do uczelni medycznych napływały tłumy studentów, którzy nie bali się ubrudzić sobie rąk. Brakowało jednak zwłok – materiału koniecznego do nauki. Historyk Michael Sappol pisze w *A Traffic in Dead Bodies. Anatomy and Embodied Social Identity in Nineteenth-Century America* [Handel zwłokami. Anatomia i ucieleśniona tożsamość społeczna w dziewiętnastowiecznej Ameryce], swoim doniosłym dziele o kradzieży zwłok, że sale anatomiczne były miejscem, gdzie studenci i lekarze nawiązywali znajomości i kształtowali swoją zawodową tożsamość. Uczyli się i zacieśniali więzi, rozcinając równocześnie skradzione zwłoki na części składowe. Przyszłym lekarzom bliski był dość specyficzny, wisielczy humor: pozowali w dramatycznych pozach z ciałami zmarłych, wychylali się z okien i machali odciętymi kończynami do zdumionych i przerażonych przechodniów.

Kradzież ciał była też swego rodzaju rytuałem przejścia. W 1851 roku magazyn „The Boston Medical and Surgical Journal” poświęcił dwadzieścia jeden stron, niemal całą swą objętość, karierze doktora Charlesa Knowltona. Autor artykułu pochwalał złodziejskie praktyki lekarzy, pisząc: „Ryzyko związane z nielegalną ekshumacją jest dla nich nieistotne w porównaniu z korzyściami, jakie daje badanie ludzkiego ciała za pomocą noża

chirurgicznego. Ich żądza wiedzy jest równie wielka i nienasycona jak pijackie pragnienie. To właśnie takim ludziom nasza profesja zawdzięcza swój wysoki status”[8].

Większość społeczeństwa nie tolerowała okradania grobów, więc lekarze trzymali się kilku zasad, które pozwalały ograniczyć skargi do minimum. Zwykle nie kradziono zwłok z cmentarzy wyższych klas lub tych, na których chowano głównie białych. Gdy tylko się dało, korzystano ze zwłok Murzynów – w ostateczności Irlandczyków – którzy stali na najniższym szczeblu amerykańskiej hierarchii społecznej. Po części była to reakcja na zmieniające się tradycje pogrzebowe Ameryki i Europy, które zamieniły cmentarze w miejsca otoczone szczególną ochroną. Wykradanie ciał stało się przestępstwem tak powszechnym, że na cmentarzach zamożnych ludzi zatrudniano strażników, otaczano je wysokimi murem i kopano doły znacznie głębsze niż na cmentarzach biedoty. Zakłady pogrzebowe sprzedawały ciężkie betonowe pomniki, które stawiano nad trumną, by zapobiec rozkopaniu grobów. Niektóre firmy oferowały nawet specjalne alarmy, które uruchamiały się, gdy ktoś naruszył grobowiec.

Władze skłonne były jednak przymknąć oko na okradanie grobów przez społeczność medyczną i traktowały to jako zło konieczne. Lekarze potrzebowali ciał zmarłych, by lepiej leczyć żywych. Rzadko stosowano w takich wypadkach areszt, a jeśli już, to wobec zwykłych złodziejaszków, robiących to dla zysku – nie wobec przedstawicieli uczelni medycznych, którzy ich zatrudniali, ani studentów medycyny, wykopujących trupy do celów naukowych.

Ponieważ władze nie starały się zapobiec pladze okradania grobów, rozwścieczony lud próbował czasami wymierzać sprawiedliwość na własną rękę. W latach 1765–1884 w Stanach Zjednoczonych dwudziestokrotnie dochodziło do zamieszek skierowanych przeciwko studentom medycyny i lekarzom. Choć za każdym razem powody były nieco inne, zwykle do rozruchów dochodziło w sytuacji, gdy przyłapano złodziei ciał na gorącym uczynku lub gdy ktoś przez przypadek rozpoznał na stole sekcyjnym znanego sobie człowieka.

Wydarzenia tej ery stały się być może inspiracją dla autorki *Frankensteina*. Tłumy gromadziły się często na cmentarzach, żeby zobaczyć na własne oczy puste groby, a potem maszerowały do uczelni medycznych, by obrzucić je kamieniami oraz pochodniami i zniszczyć znienawidzone laboratoria anatomiczne. Nie udało im się jednak zahamować tego procederu. W niektórych wypadkach jedynym sposobem na stłumienie rozruchów było wezwanie stróżów prawa i strzelanie do tłumu, wskutek czego na cmentarz trafiało kilka kolejnych ciał. W pewnym sensie tego rodzaju wydarzenia były kolejnym kosztem ubocznym rozwoju medycyny i czerwonego rynku.

Gniew skierowany przeciwko złodziejom zwłok trwał zwykle krótko i wygasał z chwilą zniszczenia budynku laboratorium. Trzeba było czegoś więcej niż protesty rozwścieczonego tłumu, by zmotywować rząd do wprowadzenia prawdziwych reform. Stało się to dopiero wtedy, gdy dwaj Irlandczycy mieszkający w Szkocji uknuli plan, który pozwolił im dostarczać nieograniczoną liczbę ciał do Uniwersytetu Edynburskiego.

William Hare był właścicielem podupadłego pensjonatu w miasteczku West Port. Czasami zdarzało się, że któryś z gości umierał, nie zapłaciwszy czynszu, a Hare musiał sam zająć się jego pochówkiem. Pewnego razu, gdy wiózł ciało jednego z takich nieszczęśników na cmentarz, zaczepił go jakiś lekarz, który ofiarował mu dziesięć funtów za zwłoki. Powiedział też, że zapłaci tyle samo za każde kolejne ciało, które dostarczy mu Hare. Właściciel pensjonatu szybko nawiązał współpracę z jednym ze swoich lokatorów, Williamem Burkiem,

po czym obaj mężczyźni rozpoczęli serię zabójstw, która trwała ponad rok i kosztowała życie siedemnastu ludzi. Zbrodnie te były tak makabryczne i tak mocno oddziaływały na ludzką wyobraźnię, że opisywano je po wielokroć we wszystkich dziennikach i czasopismach z tamtych czasów, a twórcy filmowi inspirują się nimi po dziś dzień.

Głównie w reakcji na morderstwa Burke'a i Harego w 1832 roku uchwalono w Anglii ustawę o nazwie Anatomy Act, która znacznie ograniczyła zjawisko kradzieży ciał, pozwalając lekarzom zabierać z kostnic i szpitali miejskich wszystkie zwłoki, po które nikt się nie zgłosi. Podobne rozwiązanie zastosowano w Stanach Zjednoczonych.

Ustawa pojawiła się w samą porę. Na przełomie wieków szkielety nie tylko pełniły funkcję pomocy medycznych, lecz także stawały się popularną ozdobą i symbolem statusu w lekarskich gabinetach Europy i USA. Wywieszano je jako oznakę medycznej kompetencji, tak jak teraz robi się to ze stetoskopami czy dyplomami uczelni medycznych.

Jak twierdzi Michael Sappol, szkieletów takich celowo nie opatrywano żadnymi informacjami dotyczącymi ich pochodzenia albo sugerowano jednoznacznie, że są to szczątki „straconego Murzyna", co miało zapewnić klientów gabinetu, iż nie zbezczeszczono zwłok żadnego z członków białej społeczności"[9].

Niestety, ciał straconych czarnoskórych więźniów było niewiele, wobec czego brytyjscy lekarze zwrócili się ku swoim koloniom. W Indiach zmuszano do preparowania kości członków kasty Domów, którzy tradycyjnie zajmowali się paleniem ciał. W latach pięćdziesiątych XIX wieku akademia medyczna w Kalkucie wytwarzała dziewięćset szkieletów rocznie, głównie na eksport. Sto lat później wolne Indie zdominowały rynek ludzkich kości.

W 1985 roku dziennik „Chicago Tribune" informował, że w poprzednim roku Indie wyeksportowały sześćdziesiąt tysięcy szkieletów i czaszek. Podaż była na tyle duża, że każdy student medycyny w krajach rozwiniętych mógł kupić skrzynkę kości wraz z podręcznikami zaledwie za trzysta dolarów[10].

O ile większość tego towaru pochodziła z kradzieży, o tyle sam eksport był legalny. „Przez lata robiliśmy wszystko jawnie i uczciwie" – mówił Bimalendu Bhattacharjee, były prezes Indyjskiego Stowarzyszenia Eksporterów Materiałów Anatomicznych (Indian Association of Exporters of Anatomical Specimens) w wywiadzie udzielonym w 1991 roku dziennikowi „Los Angeles Times". „Nikt nie mówił o tym głośno, ale wszyscy wiedzieli, co się dzieje". W szczytowym okresie produkcji kalkuckie fabryki kości zarabiały około miliona dolarów rocznie[11].

Inny duży eksporter, Reknas Company, sprzedał tysiące szkieletów firmie Kilgore International z Minnesoty. Jej obecny właściciel Craig Kilgore pamięta, że w tamtym czasie nikt nie wspominał o okradaniu grobów.

– Mówiono nam, że w Indiach panuje ogromne przeludnienie, że ludzie umierają na ulicach, a wózki zbierają całą masę ciał, po które nikt się nie zgłasza – opowiada.

Zdjęcia z nieistniejącej już fabryki Reknas pokazują profesjonalistów w białych fartuchach, którzy składają całe rodziny szkieletów. Podczas złotej ery handlu szkieletami praca w tego rodzaju zakładach uchodziła za najbardziej prestiżową w mieście. Podobnie jak zawód lekarza w Ameryce, zatrudnienie w przemyśle zajmującym się kośćmi dawało szansę na sukces każdemu, kto gotów był się o to postarać. Przemysł ten wspierało również miasto, które wydawało licencje handlarzom szkieletów. Handlarze nie tylko zajmowali się

problemem porzuconych zwłok, ale i zapewniali stały dopływ pieniędzy miastu, które zdaniem pozostałych regionów Indii czasy świetności miało już dawno za sobą.

Ten złoty interes nie mógłby jednak funkcjonować, gdyby nie pewna obrzydliwa tajemnica. Ciała nędzarzy porzucone na ulicy i pozostawione w kostnicach nie wystarczały. Niektóre firmy próbowały zwiększyć zasoby, kupując ciała przed ich śmiercią, to jest oferując niewielkie sumy ludziom, którzy zrzekają się na ich rzecz praw do swoich zwłok. Ale program dobrowolnego oddawania ciał był niepewny i działał zbyt wolno. Firma funkcjonująca w ten sposób mogła czekać całymi latami na konkretny szkielet, podczas gdy w tym samym czasie w ziemi zakopywano całe mnóstwo zwłok, po które wystarczyło tylko sięgnąć. Podobnie jak studenci medycyny z kolonialnej Ameryki i Wielkiej Brytanii, firmy dostarczające szkielety uznały okradanie grobów za jedyne rozwiązanie. Historia miała się powtórzyć.

Nienasycony apetyt Zachodu na ludzkie szkielety sprawił, że cmentarze Bengalu Zachodniego zostały niemal całkowicie ogołocone z ciał, a perspektywa łatwego zarobku wkrótce zaczęła przyciągać element przestępczy. Handel kośćmi nagle się załamał po wydarzeniu podobnym do sprawy Burke'a i Harego. Otóż w marcu 1985 roku aresztowano handlarza, który wyeksportował tysiąc pięćset szkieletów dzieci. Ponieważ szkielety takie są stosunkowo rzadkie i ilustrują zmiany w rozwoju kośćca, mają wartość większą niż szkielety dorosłych. Indyjskie gazety twierdziły, że dzieci zostały porwane i zabite dla kości.

Wiadomość o aresztowaniu domniemanego mordercy wywołała panikę. Przez kilka kolejnych miesięcy ochotnicy przeczesywali miasta w poszukiwaniu członków rzekomej siatki porywaczy. We wrześniu tego samego roku rozwścieczony tłum zabił australijskiego turystę i ciężko pobił Japończyka, gdy pojawiły się plotki, że ludzie ci brali udział w makabrycznym procederze. Oba wydarzenia mogłyby stanowić wystarczający powód, by zatrzymać handel kośćmi, ale rząd już wcześniej poczynił odpowiednie kroki – kilka tygodni wcześniej Sąd Najwyższy Indii przedstawił interpretację państwowej ustawy dotyczącej kontroli importu i eksportu, zgodnie z którą wywóz ludzkiej tkanki za granicę został uznany za nielegalny.

Ponieważ Indie były praktycznie monopolistą na tym rynku, decyzja sądu doprowadziła do załamania międzynarodowego handlu ludzkimi szkieletami. Uczelnie medyczne ze Stanów Zjednoczonych i Europy błagały rząd indyjski o zniesienie zakazu, lecz nie przyniosło to żadnych rezultatów.

Od tej pory trudno zdobyć prawdziwe ludzkie kości. Amerykańskie uczelnie medyczne zużywają praktycznie wszystkie zwłoki, które ludzie oddają na cele naukowe, a poza tym obróbka szkieletu to powolny, paskudny proces, którym mało kto chce się zajmować. Te nieliczne ludzkie modele anatomiczne wysokiej jakości, które trafiają na rynek, zwykle są bardzo drogie. Kompletny szkielet w dobrym stanie kosztuje obecnie kilka tysięcy dolarów, a na realizację zamówienia trzeba czekać miesiącami, a nawet latami. Studenci nie kupują już skrzynek z kośćmi – teraz zwykle to uczelnie mają zapas kości, który uzupełniają tylko, gdy któryś z elementów zginie lub ulegnie zniszczeniu. Wydział medyczny Uniwersytetu Stanforda przydziela każdej parze studentów po połowie szkieletu rozciętego wzdłuż na pół. Takie postępowanie oznacza, że wiele instytucji działających od dłuższego czasu ma już tyle kości, ile potrzebuje. Najwięcej szkieletów kupują nowe i rozrastające się uczelnie na całym świecie, które chcą wyposażyć swoje laboratoria. Liczne szkoły medyczne w krajach rozwijających się – szczególnie w Pakistanie i Chinach – nadal zaopatrują się w kości na

cmentarzach, narażając się czasami na potępienie opinii społecznej. Jednakże eksport szkieletów na dużą skalę ustał.

W Stanach Zjednoczonych niektóre instytucje decydują się na zakup plastikowych replik, lecz sztuczne zamienniki nie są idealne.

– Plastikowe modele to reprodukcje jednego szkieletu i nie pokazują całej gamy różnic, które możemy znaleźć w prawdziwej osteologii – mówi Samuel Kennedy, który zaopatruje w sprzęt anatomiczny wydział medyczny Uniwersytetu Harwardzkiego. Studenci, którzy uczą się na tego rodzaju modelach, nie widzą tych różnic. Co więcej, plastikowe szkielety nie zawsze są wystarczająco dokładne. – Proces odlewania nie pozwala na uchwycenie wszystkich szczegółów oryginału – dodaje Kennedy. – Jest to bardzo istotne zwłaszcza w przypadku czaszki.

W Stanach Zjednoczonych duże firmy, które niegdyś zbiły fortunę na imporcie szkieletów, takie jak Kilgore International, teraz wiążą koniec z końcem, produkując repliki.

– Mój ojciec zrobiłby niemal wszystko, żeby wrócić do handlu kośćmi – wyznaje Craig Kilgore, który zarządza firmą założoną przez swego ojca. – Był już praktycznie niewidomy, ale nadal przychodził do biura i pisał listy do wszystkich, którzy jego zdaniem mogli pomóc w ponownym otwarciu tego rynku.

Niektóre z tych listów trafiały pod dziwne adresy. Wkrótce po wprowadzeniu zakazu, gdy twórca Kilgore International szukał nowych źródeł kości w dotkniętych klęską głodu regionach Afryki, zgłosił się do niego handlarz kośćmi z Nigerii, który powiedział mu o magazynach pełnych kości gotowych do eksportu. Gotów był udostępnić to niemal nieograniczone źródło ludzkiego surowca za pięćdziesiąt tysięcy dolarów. Jedyny problem polegał na tym, że handlarz chciał otrzymać te pieniądze gotówką. W Lagos.

Ponieważ Charles Kilgore był już za stary na takie podróże, poprosił syna, by to on poleciał do Lagos i spotkał się z handlarzami w hotelu Hilton. Podczas spotkania pośrednicy przekonali Craiga, żeby wsiadł z nimi do samochodu i pojechał na obrzeża miasta, do opustoszałej dzielnicy hal i magazynów, graniczącej z dżunglą.

– Można było wejść do tej dżungli i nigdy z niej nie wyjść – wspomina Craig.

Obawiając się, że może wpaść w pułapkę, zaczął wypytywać o interesujące go kości, przekręcając przy tym ich nazwy. Handlarze nie próbowali go wcale poprawiać. Wyczuwając niebezpieczeństwo, Craig powiedział rzekomym kontrahentom, że pieniądze są w innym miejscu i że będą musieli go wysadzić, by mógł po nie pójść. Gdy tylko zniknął im z oczu, złapał taksówkę na lotnisko i wrócił najbliższym samolotem do domu. Choć Kilgore i kilka innych firm handlujących kośćmi szukało na całym świecie nowych źródeł towaru, nigdy im się nie udało ich znaleźć, a cała branża mocno podupadła.

Ojciec Craiga, który zmarł w 1995 roku, nie doczekał ponownego ożywienia tego rynku.

•

Ukryty w bocznej uliczce, między jednym z największych cmentarzy Kalkuty i jednym z jej największych szpitali, budynek firmy Young Brothers przypomina raczej porzucony magazyn niż siedzibę czołowego dystrybutora ludzkich szkieletów. Zardzewiałe drzwi wejściowe wyglądają tak, jakby zamknięto je na kłódkę i pozostawiono na pastwę losu co najmniej dekadę temu. Nad wejściem wisi wyblakły szyld firmy, z którego płatami schodzi stara farba.

Nie zawsze tak było. Jak twierdzi były szef departamentu zdrowia Kalkuty i lider

opozycyjnej partii Bengalu Zachodniego Javed Ahmed Khan, w 2001 roku miejsce to tętniło życiem. W owym czasie sąsiedzi narzekali, że biura firmy cuchną śmiercią. Na dachu suszyły się wielkie sterty kości. Khan jest politykiem, który łączy w sobie cechy Eliota Nessa i Ralpha Nadera[12], nie znosi bierności policji i w razie potrzeby gotów jest bronić sprawiedliwości na własną rękę. Nie cofa się przed brutalnymi metodami, co kilkakrotnie zaprowadziło go do więzienia – jak w 2007 roku, gdy napadł na pewnego lekarza z uczelni medycznej oskarżonego o gwałt na swojej studentce.

W 2001 roku, gdy policja odmówiła wszczęcia śledztwa przeciwko Young Brothers, Khan najechał na siedzibę firmy z oddziałem osiłków uzbrojonych w bambusowe pałki. Przypominało to współczesną, indyjską wersję działań samozwańczej straży obywatelskiej z dziewiętnastowiecznej Anglii i Ameryki.

– Znaleźliśmy dwie sale pełne ludzkich kości – opowiada Khan. Załadowali nimi aż pięć ciężarówek. Udało im się również przechwycić tysiące dokumentów, w tym faktury z adresami firm z całego świata. – Wysyłali transporty do Tajlandii, Brazylii, Europy i Stanów Zjednoczonych.

Szesnaście lat po wprowadzeniu zakazu wydawało się, że właściwie nie ma on żadnego odzwierciedlenia w rzeczywistości. Spotykam się z Khanem w pokoju na zapleczu porzuconego hangaru dla łodzi. Przedstawia mnie młodej kobiecie w kolorowej chuście na głowie, która pracowała w firmie Young Brothers od roku 1999 do 2001.

– Realizowaliśmy zamówienia z całego świata, kupowaliśmy kości od Muktiego Biswasa. Widziałam ponad pięć tysięcy zwłok – mówi. Prosi o anonimowość w obawie przed odwetem. Co miesiąc firma otrzymywała z zagranicy co najmniej piętnaście tysięcy dolarów, a Biswas był tylko jednym z jej dostawców. Podobne fabryki działały na terenie całego Bengalu Zachodniego.

Najazd Khana skłonił policję do aresztowania właściciela Young Brothers, Vinesha Arona. Spędził w więzieniu dwa dni, ale podobnie jak Muktiemu, nie postawiono mu żadnych zarzutów i wyszedł na wolność.

Dziś na dachu nie ma już kości. Chodzę po okolicy przez jakąś godzinę, przepytując sąsiadów, gdy pod budynek podjeżdża biała furgonetka. Wysiada z niej mężczyzna w różowej kraciastej koszuli. Podchodzi szybko do drzwi i puka – to Vinesh Aron.

Aron widzi, że robię mu zdjęcia, i puka jeszcze mocniej, ale jego pracownik w środku ma jakieś kłopoty z zamkiem. Gdy próbuję szybko sformułować pytanie, mój tłumacz podsuwa mikrofon Vineshowi i pyta, czy nadal wysyła szkielety na Zachód.

– Wygraliśmy sprawę! – odpowiada pospiesznie mężczyzna, wyraźnie zdenerwowany. W końcu jego pracownikowi udaje się pokonać nieposłuszny zamek, a Vinesh wsuwa się do wnętrza budynku i zatrzaskuje mi drzwi przed nosem.

Kiedy rozmawiam z nim później przez telefon, Aron oznajmia, że sprzedaje teraz modele i diagramy medyczne, ale nie szkielety. Miesiąc później spotykam się jednak ze sprzedawcą narzędzi chirurgicznych, który twierdzi, że jest szwagrem Arona. Mówi, że Young Brothers to jedyny dystrybutor kości w kraju. Na zapleczu jego sklepiku w Madrasie leży kilkanaście kartonowych pudeł pełnych rzadkich kości. Sięga do jednego z nich, wyciąga czaszkę płodu wielkości pięści i uśmiecha się, jakby trzymał w dłoni drogocenny klejnot.

– Mój szwagier to jedyny człowiek w Indiach, który nadal się tym zajmuje. On jeden ma

odwagę to robić.

Potem proponuje, że za tysiąc rupii (dwadzieścia pięć dolarów) wykopie dla mnie szkielet.

W katalogu na lata 2006–2007 firma Young Brothers informuje swoich klientów, że działa zgodnie z prawem. Prezentuje szeroki asortyment kości po cenach hurtowych, zaznaczając, że prowadzi sprzedaż „wyłącznie na terenie Indii". Mimo to indyjskie szkielety trafiają jakoś za granicę.

Osta International z Kanady sprzedaje ludzkie kości na terenie całych Stanów Zjednoczonych i Europy. Ta czterdziestoletnia firma oferuje natychmiastową realizację zamówień.

– Mniej więcej połowę towaru sprzedajemy w Stanach – mówi Christian Ruediger, który zarządza firmą wraz ze swym ojcem Hansem.

Ruediger przyznaje, że kości sprzedawane przez Osta pochodzą z Indii, więc prawdopodobnie zostały nielegalnie wywiezione z tego kraju. Jeszcze kilka lat temu kupował towar u dystrybutora w Paryżu, ale to źródło wyschło w 2001 roku – mniej więcej w tym samym czasie, gdy Javed Khan najechał na siedzibę Young Brothers. Od tej pory korzysta z usług pośrednika w Singapurze. Odmawia, gdy proszę o nazwisko tego człowieka.

– Staramy się zachować dyskrecję – mówi.

Kilka spośród około trzydziestu instytucji, z którymi się kontaktowałem, zbierając materiał do tej książki, przyznało, że kupowało kości w ostatnich latach, lecz żadna z nich nie chciała ujawnić swoich źródeł ani wypowiedzieć się oficjalnie – choć nazwa Osta pojawiła się w tych rozmowach dwukrotnie.

– Kupiłem od Osty kompletny ludzki szkielet i rozciętą czaszkę – zdradza wykładowca z prestiżowej uczelni w Wirginii. – Obie te pomoce były w bardzo dobrym stanie.

Innym klientem Osty jest firma Dentsply Rinn, która oferuje plastikowy model głowy, zawierający prawdziwą czaszkę, używany do szkolenia dentystów.

– Bardzo trudno odpowiednio spreparować ludzkie kości – wyjaśnia kierownik handlowy. – Poza tym kupujemy tylko czaszki odpowiednich rozmiarów i jakości, pozbawione jakichkolwiek defektów anatomicznych. Ich pochodzenie nas nie interesuje.

Głowa z prawdziwą czaszką jest bestsellerem w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii.

Władze Indii traktują tę kwestię równie beztrosko. Choć międzynarodowy handel kośćmi narusza zarówno prawo handlowe kraju, jak i miejscowe przepisy dotyczące ochrony grobów, urzędnicy państwowi odwracają głowy.

– To nic nowego – mówi Rajeev Kumar, zastępca głównego inspektora policji stanu Bengal Zachodni. – Nie ma żadnych dowodów na to, że zabijali ludzi.

Policja zainteresowała się Biswasem tylko dlatego, że zaginęły ciała kilku ważnych osób.

– Próbujemy wprowadzić prawo odnoszące się do tego, jaką wagę przykłada do danego czynu społeczeństwo – dodaje. – A społeczeństwo nie uważa tego za poważne przestępstwo.

Wszyscy zdają sobie sprawę, że ludzkie kości są nieodzownym elementem badań i edukacji medycznej, lecz mało kto się domaga, by pozyskiwano je za uprzednią zgodą ludzi, do których niegdyś należały. Ponowne ożywienie handlu szkieletami w Indiach jest świadectwem tej właśnie sprzeczności. O ile ofiarami zwiększonego zainteresowania kośćmi

są ludzie zmarli, o tyle jeszcze groźniejsze zjawisko pobierania nerek od żywych mieszkańców slumsów jest jedynie współczesną wersją starych indyjskich praktyk.

Tymczasem fabryki kości w Kalkucie znów pracują pełną parą.

3

Poszukiwanie nerek

Nazajutrz po Bożym Narodzeniu 2004 roku na Oceanie Indyjskim w pobliżu indonezyjskiego miasta Banda Aceh doszło do trzęsienia ziemi, które wywołało potężne tsunami. Ogromna fala uderzyła w wybrzeże Indii i Sri Lanki, zabijając ponad dwieście tysięcy osób, rozdzielając ogromną liczbę rodzin i skłaniając nieprzebrane masy ludzi do emigracji. Podczas gdy rządy wielu krajów i liczne organizacje pozarządowe słały pomoc na tereny dotknięte kataklizmem, niektóre przedsiębiorcze szpitale oraz grupa handlarzy narządami uznały, że dzięki tragedii mają okazję zbić prawdziwą fortunę na handlu nerkami uchodźców.

W Tsunami Nagar, przeraźliwie biednym obozie dla uchodźców ocalałych z tsunami, który znajduje się w indyjskim stanie Tamilnadu, największym szacunkiem cieszy się niejaki Maria Selvam. Od dwóch lat ten były rybak spędza większość czasu na sporach z rządowymi urzędnikami, domagając się od nich artykułów pierwszej potrzeby, obiecanych przez społeczność międzynarodową. Chce tylko, by ludzie z trzech zarządzanych przez niego osad mogli znów utrzymywać się z tego, co daje im morze. Spotykam się z nim niemal dwa lata po tsunami, w obozie, który składa się z dwóch rzędów niszczejących betonowych domów. Rynsztokami ciągnącymi się wzdłuż budynków płyną cuchnące ścieki, a szanse na zdobycie pracy w tym miejscu są równie iluzoryczne jak dostęp dzieci mieszkańców do edukacji.

Jako jedyny oficjalny przedstawiciel osady Selvam cieszy się tutaj statusem miejscowej znakomitości. Jego fotografie wiszą na ścianach budynków i nad szeroką, żelazną bramą, oficjalnym wejściem do obozu. Jednak ostatnio jego popularność zaczęła spadać. Miejscowa młodzież obrzuciła zdjęcia kamieniami i wycięła z nich oczy. Dzieje się tak dlatego, że Selvam próbuje zatamować strumień organów wypływający z Tsunami Nagar.

– Kiedyś sprzedawała handlarzom nerkę jedna kobieta na miesiąc, ale teraz jest znacznie gorzej – opowiada. – Teraz decydują się na to dwie tygodniowo. Wiem, że muszę coś z tym zrobić.

Podczas gdy rozmawiamy, z drugiego końca dziedzińca przygląda nam się ponuro jakaś kobieta w niebieskim i jaskrawożółtym sari. Wygląda na czterdzieści kilka lat, ale przypuszczam, że to rezultat ciężkiego życia w indyjskich slumsach i że w rzeczywistości bliżej jej do trzydziestki. Tuż nad krawędzią sari, na odsłoniętym brzuchu kobiety widnieje blizna o długości około trzydziestu centymetrów. Selvam mówi mi, że niemal wszystkie dorosłe kobiety w obozie mają taką bliznę.

– Nie byłem w stanie tego zatrzymać – dodaje.

Kilka tygodni po tym, jak tsunami zmiotło z powierzchni lądu ich wioskę, rząd przeniósł dwa tysiące pięciuset mieszkańców znad obfitujących w ryby wód na ten bezwartościowy skrawek ziemi. Osada leży tuż obok olbrzymiej elektrowni, która zaopatruje w prąd Madras, a mimo to często zdarzają się tu przerwy w dostawach elektryczności. Mieszkańcy osady mają skromne potrzeby: chcą sieci rybackich i małych trzykołowych riksz, którymi mogliby wozić złowione ryby na targ. Odkąd tylko przeniesiono ich w to miejsce, Selvam domaga się w sądach pieniędzy i środków, które im obiecano.

Jego prośby trafiały w próżnię aż do stycznia 2007 roku, kiedy stracił w końcu

cierpliwość. Wtedy właśnie postanowił sięgnąć po ostatnią kartę, jaka mu została, i wykorzystać ją podczas spotkania, które miało odbyć się przed budynkiem jednego z najważniejszych sądów w Madrasie.

Plan był prosty. Wykorzystując świadectwa biednych kobiet, które zmuszone były sprzedać swoje organy, Selvam zamierzał zawstydzić sąd i nakłonić go w końcu do działania. Nie wyobrażał sobie, by sąd nie stanął po jego stronie, dowiedziawszy się, do jakiej desperacji doprowadziła mieszkańców wioski bierność rządu.

Prawnicy zasiadający w zatłoczonej sali sądu wysłuchali przemówienia Selvama, a potem wyznań kilku odważnych kobiet, które zdecydowały się podzielić ze wszystkimi smutną historią swojego życia. Mówiły, że handlarze nerek zawsze stanowili problem – nawet przed tsunami – ale teraz stali się wyjątkowo nachalni. Pokazały swoje blizny, a Selvam czekał niecierpliwie, aż wreszcie otworzy się szkatuła z państwowymi pieniędzmi.

Jego plan okazał się jednak nieskuteczny. Sędzia wysłuchał wszystkiego z uwagą, lecz nie mógł obiecać mu pieniędzy, gdyż te utknęły gdzieś w skomplikowanej machinie urzędniczej państwa. Co gorsza, zgromadzeni na widowni mężczyźni i kobiety – pięciuset mieszkańców wioski – omal nie doprowadzili do zamieszek, gdy uzmysłowili sobie, że Selvam zdradził ich tajemnicę. Pokazując swoje blizny, kobiety namówione przez niego do zeznań okryły hańbą całą wioskę. Wszyscy wiedzieli, że są biedni, ale bieda zmuszająca do sprzedaży narządów to co innego. Młodzież krzyczała, że zhańbił kobiety z ich społeczności, ujawniając to, co powinno pozostać ich prywatną sprawą.

Desperackie posunięcie Selvama nie skłoniło rządu do przesłania uchodźcom sieci i pojazdów, o które prosili, ujawniło jedynie przed prasą brudny sekret wioski. Miejscowe gazety zainteresowały się tą sprawą, a wkrótce potem Ministerstwo Zdrowia odkryło dowody świadczące o tym, że aż pięćdziesiąt dwa indyjskie szpitale były zamieszane w proceder, który należało uznać za jedną z największych w kraju zorganizowanych kradzieży organów.

Choć Selvam nie osiągnął zamierzonego celu, śledztwo dawało szansę na powstrzymanie kradzieży nerek i przywołanie do porządku handlarzy oraz skorumpowanych pracowników służby zdrowia. Oburzenie opinii publicznej zmusiło ministrów rządu indyjskiego do zajęcia oficjalnego stanowiska w tej sprawie.

Obowiązek ten przypadł ministrowi zdrowia stanu Tamilnadu, K. K. S. S. R. Ramachandranowi[13]. Znany niegdyś z politycznego awanturnictwa i długiego ciągu inicjałów przed nazwiskiem, Ramachandran został członkiem rządu po tym, jak jego polityczny przeciwnik rzucił mu w twarz otwarty słoik z kwasem. (Blizny pozwalają łatwo go zauważyć podczas partyjnych zebrań). Ku zaskoczeniu mieszkańców obozu nie zgłosił sprawy handlu nerkami na policję. Zamiast dochodzić sprawiedliwości w sądach, wybrał drogę mediacji. Zebrał wszystkich najlepszych transplantologów stanu na zwołanej naprędce konferencji i kazał im przysiąc, że przestaną handlować narządami i będą częściej pobierać je ze zwłok. Tym samym pozostawił sprawę w rękach samych lekarzy, udzieliwszy im tylko symbolicznej nagany.

Musiał też jednak poczynić jakieś konkretne kroki, by udobruchać żądną krwi opinię publiczną. Aby pokazać, że nie pobłaża przestępcom, zamknął dwie najmniejsze i najgorzej wyposażone prywatne kliniki, tylko w niewielkim stopniu powiązane ze sprawą nielegalnych przeszczepów. Pozostałe zespoły transplantologów w mieście odetchnęły z ulgą. Choć istniały

dokumenty, które w jednoznaczny sposób wiązały dziesiątki lekarzy z ponad dwoma tysiącami nielegalnych przeszczepów nerek wykonanych poprzedniego roku, już po kilku miesiącach nielegalny handel narządami w Madrasie rozkwitł na nowo.

Selvam i tysiące innych biednych obywateli stanu Tamilnadu, którzy nigdy nie będą mieli udziału w rosnących indyjskich fortunach, nadal żyją często w przekonaniu, że sprzedawanie własnych organów to dla nich jedyne wyjście w tych trudnych czasach.

– W innych regionach Indii ludzie mówią o wyjeździe do Malezji lub Stanów Zjednoczonych z błyskiem nadziei w oku. W Tsunami Nagar mówią tak o sprzedaży swoich nerek – opowiada Selvam.

Tsunami Nagar wcale nie jest miejscem wyjątkowym. Dostępność organów w Trzecim Świecie i koszmarnie długie listy oczekujących na przeszczep w Pierwszym Świecie sprawiają, że handel organami to dochodowy biznes. Od czterdziestu lat stale rośnie popyt na nerki, a biedni ludzie często traktują swoje narządy jako swego rodzaju zabezpieczenie finansowe na czarną godzinę.

Odkąd zaczęto powszechnie stosować leki immunosupresyjne[14], takie jak cyklosporyna, międzynarodowe kliki lekarzy i przekupne komisje etyczne powoli zamieniają slumsy w Egipcie, RPA, Brazylii i na Filipinach w istne farmy organów. Sekret powodzenia tego rodzaju interesów tkwi w tym, że nigdy nie brakuje chętnych do współpracy sprzedawców.

Dla kogoś, kto żyje za niecałego dolara dziennie, osiemset dolarów to kwota niemal niewyobrażalna. Te pieniądze to nieuczciwa zachęta, pokusa, za pomocą której bezwzględny międzynarodowy biznes może wykorzystać skrajną nędzę.

Gdyby udało się sprowadzić niedobór organów do liczb i przedstawić jako równanie algebraiczne, bez trudu można by znaleźć żywych dawców dla stu tysięcy ludzi, którzy czekają w Stanach Zjednoczonych na przeszczep. Chętni sprzedawcy z Trzeciego Świata są równie liczni i pozwalają rozwiązać problem tanim kosztem. Przeszczep w indyjskim szpitalu jest dwadzieścia razy tańszy niż w USA.

Rachunek ekonomiczny jest tak przekonujący, że kilka amerykańskich agencji ubezpieczeniowych postanowiło sięgnąć po to rozwiązanie. Dwie z nich, IndUShealth i United Group Programs, uznały, że bardziej opłaca się pokryć koszt taniego przeszczepu nerki za granicą, niż płacić przez lata za kosztowne dializy przeprowadzane w domu pacjenta. Te i inne agencje nawiązały kontakt z indyjskimi, egipskimi i pakistańskimi szpitalami, które oferują przeszczep niemal na poczekaniu. Przedsięwzięcia tego rodzaju są na tyle opłacalne, że w lutym 2006 roku władze stanu Wirginia Zachodnia zastanawiały się nad wprowadzeniem specjalnego programu ochrony zdrowia dla pracowników państwowych, który oferowałby zwrot kosztów pacjentom poddającym się operacji przeszczepu w szpitalach za granicą. Kiedy oddawałem niniejszą książkę do druku, prawo to nie zostało jeszcze wprowadzone w życie, zasadniczo jednak sytuacja niewiele się zmieniła. (Co ciekawe, na stronie internetowej IndUShealth znajduje się informacja, że choć agencja zapłaci za przeszczep, pacjenci poszukujący żywych organów muszą sami znaleźć dawcę, co dzięki kontaktom szpitali jest stosunkowo łatwe). Z punktu widzenia biorców czerwony rynek ma jeszcze jedną przewagę nad legalną konkurencją. Otóż przeszczepy organów od żywych dawców znacznie częściej kończą się powodzeniem niż transplantacje narządów pobranych ze zwłok, a do tego pacjenci, którzy kupują nerki od żywych ludzi, żyją dłużej niż ci, którym oferuje się narządy zmarłych.

Pomimo wszystkich korzyści finansowych i zdrowotnych, jakie dają przeszczepy żywych organów, nie ma żadnego etycznego usprawiedliwienia dla łamania prawa i kupowania tkanki. Handlarze mogą ułatwić zakup organu, ale ich dawcy nie mówią o tym, jak sprzedaż zmieniła ich życie na lepsze.

Niemal wszystkie kobiety z Tsunami Nagar mogą opowiedzieć, jak handlarze organów wykorzystali je w chwili, gdy znalazły się w rozpaczliwej sytuacji. Jedna z nich, Rani, skarży się, że od czasu operacji nawet przejście po gruntowej drodze przecinającej wioskę sprawia jej taki ból, że musi stawiać drobne, lekkie kroczki.

Kłopoty Rani zaczęły się, gdy jej mąż stracił pracę i popadł w alkoholizm. Wiecznie bez pieniędzy, Rani nie była w stanie zebrać choćby skromnego posagu, gdy wydawała za mąż swoją córkę Jayę. Mąż Jai i jej teściowa byli ogromnie rozczarowani i postanowili odegrać się na osamotnionej dziewczynie. Zmuszali ją do ciężkiej pracy, bili, kiedy uznali to za stosowne, i uprzykrzali jej życie na wszelkie możliwe sposoby. Po miesiącu Jaya wróciła do matki, pożegnała się, a potem próbowała odebrać sobie życie, wypijając prawie litr pestycydu.

Kiedy Rani znalazła swoją nieprzytomną córkę, wzięła ją na ręce i zaniosła do najbliższego szpitala. Tamtejsi lekarze widzieli już sporo przypadków samobójstw popełnionych przy użyciu pestycydu, mieli więc odpowiednie środki neutralizujące działanie trucizny. Po kilku godzinach doprowadzili Jayę do stanu stabilnego, musiała jednak pozostać na oddziale intensywnej opieki jeszcze przez ponad tydzień. Rani nie była w stanie pokryć kosztów przedłużonego pobytu córki w szpitalu, a lekarze powiedzieli jej, że bez gwarancji zapłaty będą musieli przerwać leczenie. Innymi słowy, jeśli Rani nie zdobędzie szybko pieniędzy, jej córka umrze.

W ciągu minionych lat tylu ludzi z Tsunami Nagar sprzedało swoje nerki, że miejscowi zaczęli nazywać obóz „Kidneyvakkam" albo „Kidneyville" (Nerkowa Wioska). Handel nerkami stał się miejscową specjalnością, a kobiety, które już sprzedały swoje narządy, pomagały przyjaciółkom skłonnym to zrobić. Handlarze oferują zwykle spore pieniądze – nawet trzy tysiące dolarów za nerkę – lecz po operacji wypłacają tylko część tej sumy. Wszyscy w obozie wiedzą o tych oszustwach, ale kobiety uważają, że lepiej dostać zapłatę znacznie mniejszą od obiecanej niż nic.

Jedna z przyjaciółek Rani sprzedała swoją nerkę rok wcześniej i powiedziała jej, że pewna handlarka, niejaka Dhanalakshmi, która dla zachowania pozorów prowadzi sklep z herbatą w pobliżu szpitala Devaki w Madrasie, w rzeczywistości zajmuje się handlem organami. Dhanalakshmi wypłaciła Rani zaliczkę w wysokości dziewięciuset dolarów, co pokrywało koszty leczenia Jai, i obiecała dołożyć po operacji kolejne dwa tysiące sześćset dolarów. Handlarka dała też Rani do zrozumienia, że jeśli się wycofa, bandyci na jej usługach załatwią sprawę przemocą.

Przed przeszczepem pobrano od Rani mocz i krew, by sprawdzić, czy może być dawczynią dla nabywcy, bogatej muzułmanki. Gdy badania wypadły pomyślnie, wysłano Rani do Szpitala Głównego w Madrasie, gdzie miała stanąć przed Komisją Kontroli Przeszczepów.

Komisja powołana do sprawdzania, czy wszystkie organy pochodzą z legalnych źródeł i czy nie są przedmiotem sprzedaży, ma przede wszystkim zapobiegać handlowi organami. Komisja rzadko jednak realizuje te szlachetne cele i zwykle przymyka oko na przestępczy

proceder. Jej członkowie starannie zacierają po sobie ślady i nadają swoim poczynaniom wszelkie pozory legalności. Dopóki podczas przesłuchania zarówno sprzedający, jak i kupujący odgrywają swoje role, komisja może powiedzieć, że zrobiła wszystko, co w jej mocy, by sprawdzić, czy transakcja jest uczciwa. W końcu wszyscy, którzy stają przed komisją, przysięgają mówić prawdę. Handlarka Rani kazała jej nie odzywać się bez pytania, oddać plik sfałszowanych dokumentów i wyjść najszybciej, jak to możliwe. Rani powiedziała mi, że przed przesłuchaniem Dhanalakshmi wręczyła łapówkę w wysokości dwóch tysięcy rupii, by mieć pewność, że wszystko pójdzie zgodnie z planem.

Rani nie czekała na przesłuchanie sama. Oprócz niej były tam jeszcze trzy inne kobiety, które chciały sprzedać swoje nerki.

– Wchodziłyśmy tam pojedynczo, a komisja spytała mnie tylko, czy jestem gotowa oddać nerkę i czy podpiszę jakiś dokument. Wszystko to trwało bardzo krótko.

Kiedy już nic nie stało temu na przeszkodzie, Rani udała się do szpitala Devaki na operację. Sam zabieg przebiegł pomyślnie, ale Rani wracała do zdrowia znacznie dłużej, niż przypuszczała. Sąsiadka, która skontaktowała ją z Dhanalakshmi, czuwała przy jej łóżku dzień i noc, lecz po trzech dobach szpital wysłał Rani do domu, choć jej rany wcale się jeszcze nie zagoiły. Kiedy tydzień później przyszła do szpitala na kontrolę, lekarze udawali, że jej nie rozpoznają.

Jak można było przewidzieć, w czasie gdy Rani przechodziła rekonwalescencję, Dhanalakshmi zniknęła bez śladu. Okaleczona kobieta zrozumiała, że została oszukana.

Teraz ból w boku nie pozwala jej skorzystać z jedynego dostępnego sposobu zarobkowania: pracy fizycznej na miejscowych budowach. Kiedy pytam ją, czy warto było zdecydować się na taki krok, odpowiada:

– Handlarzy trzeba powstrzymać. Mój prawdziwy problem to bieda. Nie powinno dochodzić do takich sytuacji, że muszę sprzedać nerkę, by uratować życie córki.

Mallika, trzydziestotrzyletnia kobieta, która mieszka w odległości półtora kilometra od Tsunami Nagar, mówi, że podjęła decyzję o sprzedaży nerki, bo chciała uciec od szarej egzystencji i robić w życiu coś więcej, niż tylko pracować w pralni. Ale ta decyzja może kosztować życie jej syna. Spotykam się z nią w jednoizbowej chacie przy ulicy, która śmierdzi gnijącymi rybami i ściekami płynącymi w otwartych rynsztokach. Kobieta obficie się poci, nie przypisuje tego jednak nieznośnemu madraskiemu upałowi, lecz kiepskiej opiece ze strony lekarzy, którzy wycięli i sprzedali jej nerkę.

Zaledwie kilka dni przed tsunami pewien handlarz o imieniu Rajji, który teraz prowadzi stragan z herbatą przy dokach, powiedział Mallice, że może pomóc jej rozwiązać problemy finansowe[15]. Warunki umowy były proste: trzy tysiące dolarów za nerkę, z tego siedemset pięćdziesiąt płatne z góry. Nawet teraz Mallika uśmiecha się na myśl o tych pieniądzach. W ciągu kilku dni dostała dokumenty z fałszywym nazwiskiem i podobnie jak Rani bez problemu pokonała przeszkody biurokratyczne. Wkrótce potem pojechała do Maduraju, mniejszego miasta w Tamilnadu, gdzie członkowie siatki Rajjiego zaprowadzili ją do lekarzy pracujących w oddziale znanej sieci szpitali Apollo. Usunięto jej nerkę i przeszczepiono ją bogatemu obywatelowi Sri Lanki, który – jak wynika z akt policji – zapłacił za tę operację czternaście tysięcy dolarów. Mallika nie spodziewała się, że powrót do zdrowia potrwa tak długo. Dopiero po dwudziestu dniach była w stanie udać się w podróż powrotną do Madrasu.

Szpital nie chciał opłacić jej pobytu – nawet za lekarstwa, które przyjmowała po operacji, musiała zapłacić ze swojej kieszeni. Gdy wróciła w końcu do Madrasu, Rajji powiedział, że nie da jej ani rupii.

Prosiła go o należne jej pieniądze przez dwa lata, aż w końcu zgłosiła sprawę na policję. Oświadczyła, że pozbawiono ją nerki na drodze oszustwa. Policjanci widzieli to jednak inaczej. Aresztowali Rajjiego pod zarzutem handlu organami, ale grozili, że zatrzymają również Mallikę za wyrażenie zgody na sprzedaż swojej nerki.

– Oboje złamali prawo – oznajmia policyjny detektyw w cywilu, z którym rozmawiam w komisariacie. – Skoro karzemy jedno z nich, to powinniśmy również aresztować drugie.

Tydzień później Rajji wrócił na ulicę, otrzymawszy jedynie ostrzeżenie ze strony policji. Kiedy odnajduję go pod adresem zapisanym w policyjnym raporcie, pracuje na swoim straganie z herbatą. Przygotowując filiżankę słodkiej nescafé, mówi, że to on jest ofiarą w tej sprawie.

– Staram się tylko pomagać ludziom. Dowiedziałem się, że ktoś umiera na niewydolność nerek. Wiem też, że tutaj jest sporo ludzi, którzy chętnie sprzedają swoje nerki. W czym więc problem? To powinno być legalne – przekonuje. Kiedy pytam go o zaległą wypłatę, zaprzecza, jakoby kiedykolwiek oferował Mallice więcej niż siedemset pięćdziesiąt dolarów. – Dałem jej tylko tyle, ile to było warte.

Dodaje, że musiał podzielić się swoją działką z kilkoma innymi handlarzami i lekarzami, w sumie więc zarobił na tym ledwie trzysta dolarów.

Mallika opowiada, że do tej pory nie wróciła w pełni do zdrowia po operacji, a na dodatek jej nastoletni syn Kannan zaraził się wirusowym zapaleniem wątroby typu B, które niszczy jego nerki.

– Wkrótce będzie potrzebował przeszczepu, a ja nie mam mu czego dać – mówi. Nawet gdyby udało jej się znaleźć szpital, który wykonałby za darmo samą operację, nigdy nie zdoła zdobyć pieniędzy na nerkę. Ludzkie ciało w Indiach wędruje w górę hierarchii społecznej, nie w dół.

Handlarze, którzy negocjowali z Rani i Malliką, stoją na najniższym szczeblu całej drabiny pośredników zaangażowanych w sprzedaż i przeszczep narządów, a przecież każdy z tych ludzi miał swój udział w czternastu tysiącach dolarów, które wyłożył biorca. Rajji twierdzi, że on dostał tylko drobną część tej kwoty, a większość prowizji trafiła do wysoko postawionego handlarza z Maduraju, niejakiego Shankara.

Tymczasem Shankar zniknął bez śladu, a tożsamość ludzi stojących jeszcze wyżej w tej branży jest publiczną tajemnicą. Zaledwie o półtora kilometra od Tsunami Nagar mieszka K. Karppiah, uważany za jednego z najaktywniejszych graczy na rynku handlu nerkami. Jego imię wypowiada się tutaj szeptem. Dziesiątki dawców, z którymi rozmawiałem w ciągu miesiąca, twierdziło, że właśnie ten człowiek ma swój udział w zyskach z każdej sprzedanej nerki. Jako najważniejsza postać tej branży rzadko kontaktuje się bezpośrednio z pacjentami lub handlarzami. Jest pośrednikiem, który czuwa nad funkcjonowaniem całego systemu. Kiedy poszedłem do jego domu, nie chciał ze mną rozmawiać. Lecz nawet człowiek, który układał w pobliżu asfalt, dobrze wiedział, jaki to ważny gracz.

– Wszyscy znają Karppiaha – powiedział. – Wszystkie domy przy tej ulicy należą do niego.

Jeśli ktoś ze sprzedających nie zdecyduje się w końcu na złożenie oficjalnych zeznań, doprowadzając tym samym do wszczęcia policyjnego śledztwa, nikomu z zewnątrz raczej nie uda się prześledzić drogi, jaką organ wędruje od dawcy do biorcy. Choć ludzie, którzy kupili nerki Rani i Malliki, przebywali w tych samych szpitalach co obie kobiety, nie zamienili z nimi ani słowa. Cała sieć pośredników, od Rajjiego, Dhanalakshmi i Karppiaha po lekarzy, którzy wykonali operację, utrzymuje łańcuch dostaw w sekrecie. Nic w tym dziwnego – nie chcąc stracić łatwego zarobku, pośrednicy nie mogą dopuścić, by sprzedawca i kupiec negocjowali ze sobą bezpośrednio. Tylko dzięki dochowaniu tajemnicy mogą nadal liczyć na wygórowane opłaty, które pobierają jedynie za skontaktowanie dawcy z biorcą.

Dla pośredników zachętą do dyskrecji jest wymierna korzyść finansowa, a szpitale i lekarze uciekają się do skomplikowanych wywodów o prawach pacjenta, by prowadzić swoje działania za zamkniętymi drzwiami. Nawet w przypadku legalnych przeszczepów, dokonywanych na Zachodzie przy użyciu narządów pobranych ze zwłok, szpitale utrzymują, że ujawnienie nazwiska dawcy naruszałoby prywatność wszystkich zaangażowanych stron.

Odwiedziłem sześć szpitali z listy ponad pięćdziesięciu, które zdaniem indyjskiego rządu przeprowadzają w Madrasie nielegalne przeszczepy nerek. Wszyscy lekarze, z którymi się tam zetknąłem, powtarzali, że biorca i dawca doznaliby poważnego urazu psychicznego, gdyby pozwolono im się ze sobą spotkać.

Nie zawsze jednak tak było. W książce *Strange Harvest. Organ Transplants, Denatured Bodies, and the Transformed Self* [Dziwne żniwa. Przeszczepy, wynaturzone ciała i odmieniona jaźń], opisującej system pobierania organów ze zwłok, antropolożka Leslie Sharp stwierdza, że całkowite rozdzielenie dawcy i biorcy zostało wprowadzone do etyki lekarskiej stosunkowo niedawno. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych, gdy przeszczepy stawały się coraz popularniejsze, lekarze twierdzili, że nawiązanie kontaktu między dawcą i biorcą daje większe szanse na powodzenie operacji, gdyż obie strony mogą poznać historie swoich chorób, a może nawet zaznajomić się bliżej. Gdy transplantacje zaczęły przynosić coraz większe zyski, organy pozbawiono ich osobowej historii. Nową normą stała się anonimowość.

Na początku lat dziewięćdziesiątych, kiedy Sharp rozpoczynała swoje badania, „transplantolodzy uważali komunikację listowną, a tym bardziej bezpośrednie kontakty [między dawcami i biorcami] za działania wysoce szkodliwe”[16]. W niektórych szpitalach posuwano się nawet do tego, że zachowanie pacjentów interesujących się historią swojego nowego organu diagnozowano jako patologiczne.

Z badań Sharp wynika, że zarówno dawcy, jak i biorcy chcą wiedzieć o sobie jak najwięcej, lecz uniemożliwia im to personel medyczny. Autorka pisze, że podczas uroczystości i spotkań, na których gromadzą się ludzie po przeszczepach, „opowieści o spotkaniach [dawców i biorców] zawsze budzą spontaniczną radość i owacje publiczności”[17]. Mimo to szpitale rutynowo odmawiają dostępu do dokumentacji i trzymają obie strony z dala od siebie. Sharp używa określenia „biosentymentalność” w odniesieniu do wyjątkowych relacji powstałych dzięki transplantologii. Relacje te łączą rodziny dawców i biorców, które chcą znać historię organu i zachować poczucie ciągłości między dwiema żywymi istotami. Jednak to pragnienie nie jest jedyną przyczyną, dla której należałoby zrezygnować z koncepcji medycznej prywatności – istnieje jeszcze powód znacznie praktyczniejszy.

W sytuacji międzynarodowego handlu organami, nawet gdy biorcy wiedzą, że kupują dany narząd, lekarze korzystają z argumentu zachowania prywatności, by oddalić wszelkie podejrzenia związane z pochodzeniem tego narządu. Co jest jednak gorsze – ujawnianie historii ludzi, którzy sprzedali swoją tkankę pod przymusem, czy oddanie handlarzom pełnej, nieskrępowanej kontroli nad podażą organów? Gdy lekarze i handlarze mogą odgrywać rolę zarówno dobrze zarabiających pośredników, jak i pracowników służby zdrowia, dochodzi do oczywistego konfliktu interesów. Zachowanie całego łańcucha dostaw w tajemnicy i anonimowość dawców oraz biorców stwarzają doskonałe warunki do działalności przestępczej i wyzysku.

Od początku lat dziewięćdziesiątych naukowcy i dziennikarze mówią o narastającym, „neokanibalistycznym" popycie na organy nadające się do przeszczepu. Nancy Scheper-Hughes, antropolożka z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley, spędziła prawie dwadzieścia ostatnich lat na tropieniu i ujawnianiu przykładów hipokryzji na międzynarodowym rynku narządów. W swoim słynnym artykule z 2000 roku, zatytułowanym *The Global Traffic in Human Organs* [Globalny handel ludzkimi organami], opisywała pochodzenie i okoliczności sprzedaży organów sprowadzonych z brazylijskich faweli, południowoafrykańskich dzielnic nędzy, indyjskich slumsów oraz chińskich więzień, a także zdobytych za pomocą irańskich programów finansowanych przez państwo.

Tym, co czyni ten artykuł tak istotnym, nie jest jednak opis handlu organami i analiza skali tego zjawiska, lecz podanie w wątpliwość naszych przekonań dotyczących przyczyn niedoboru narządów. Autorka przypisuje niezaspokojony popyt na organy medycznej pysze, jaką okazujemy w obliczu śmiertelności. Twierdzi, że medyczna mitologia obiecuje „bezprecedensową możliwość przedłużania życia w nieskończoność za pomocą organów innych ludzi". Listy oczekujących na przeszczep – takie, jaką stale uaktualnia Sieć Wymiany Narządów – rozrastają się, w miarę jak lekarze coraz częściej mówią umierającym pacjentom, że zdołają ocalić ich życie, jeśli tylko wymienią oni swoją niewydolną wątrobę czy nerkę na zdrowy organ.

Prawda jest taka, że choć transplantacja jest rozwiązaniem znacznie lepszym od uciążliwych zabiegów, takich jak codzienne dializowanie, w rzeczywistości pacjenci zamieniają tylko chorobę śmiertelną na chroniczną. Często się zdarza, że nowa tkanka przedłuża ich życie zaledwie o kilka lat. Programy transplantacyjne nakłaniają do oddawania organów, nazywając to „darem życia", udane przeszczepy zaś to według nich „cuda". Rzadko jednak wspominają, że pacjent po przeszczepie wcale nie odradza się jak feniks z popiołów. Biorcy muszą zażywać masę środków immunosupresyjnych, które obniżają ich odporność i tym samym narażają na liczne, nieraz bardzo groźne infekcje.

Zwracając uwagę na łatwość, z jaką handlarze organami zdobywają ludzką tkankę, Scheper-Hughes pisze: „w rzeczywistości nie brakuje wcale organów, ale biorców, którzy mają dość pieniędzy, by za nie zapłacić". W Stanach Zjednoczonych bardzo trudno doprowadzić do sytuacji, w której biorca płaciłby za organ bezpośrednio swojemu dawcy, a długie listy oczekujących na przeszczep tworzą wrażenie ogromnego niedoboru narządów. To prawda, że ze względu na niemożność zakupu tkanki od szukających zarobku dawców większość organów przeszczepianych w USA pochodzi z dość ograniczonej puli, czyli z ciał zmarłych, od krewnych, od nielicznych honorowych dawców i z programów

transplantacyjnych. Liczba pozyskiwanych w ten sposób organów jest dalece mniejsza od potrzeb, co znacznie podnosi koszt przeszczepu. Wysokie ceny utrzymują całkowicie samowystarczalny medyczny system ekonomiczny, który obejmuje dostawców, firmy zajmujące się transportem organów, instytucje prawne, lekarzy, pielęgniarki, pracowników opieki społecznej i administratorów. Każdy z tych ludzi ma swój udział w zyskach związanych z branżą transplantacyjną i każdemu z nich zależy na tym, by ten interes wciąż dobrze się kręcił.

Ponieważ lekarze i personel medyczny określają, jakie warunki należy spełniać, by trafić na listę oczekujących na przeszczep, a tym samym decydują, ilu ludzi znajduje się na takich listach, to właśnie od nich zależy, jaki jest stosunek dostępnych organów do całkowitej podaży. Koncerny naftowe stosują taką samą taktykę. W ostatnich latach w Ameryce znacznie wzrosła liczba dostępnych organów, a mimo to stosunek dawców do oczekujących na przeszczep prawie się nie zmienił.

Długie listy oczekujących stwarzają wrażenie niedoboru organów, wskutek czego ośrodki medyczne mogą liczyć na duży zarobek. Pacjentom o niewydolnych narządach wmawia się, że jedyną nadzieją jest dla nich przeszczep. W rzeczywistości bliższe prawdy byłoby stwierdzenie, że dzięki przeszczepowi pacjenci odzyskają tylko cień utraconego zdrowia. Nie oznacza to, że system, który umożliwiałby zakup organu od żywego dawcy, byłby bardziej etyczny. Chcę tylko powiedzieć, że lekarze i pacjenci powinni myśleć bardziej realistycznie o śmiertelności.

W Stanach Zjednoczonych nie wypada sugerować, że amerykańskie ośrodki transplantologiczne zajmują się kupnem i sprzedażą organów. Istnieją tylko po to, by ratować życie. Lekarze są ponad tak przyziemnymi sprawami jak handel. Jednak szpitale, w których dokonuje się przeszczepów, mogą na tym sporo zarobić – ośrodek transplantologiczny to swego rodzaju znak jakości, który podnosi również status pozostałych oddziałów. Szpitale często reklamują swoje ośrodki transplantologiczne na przydrożnych billboardach – nie dlatego że wielu kierowców będzie prawdopodobnie potrzebowało nowych organów, lecz po to, by dać do zrozumienia, że cechuje je wysoka jakość usług we wszystkich dziedzinach medycyny.

National Organ Transplant Act zabrania kupowania i sprzedawania ludzkiej tkanki, ale nie mówi nic o usługach związanych z przeszczepami. Transplantolodzy i zarządy ośrodków transplantologicznych twierdzą, że nie sprzedają organów, a jedynie usługi medyczne. Te usługi bywają naprawdę drogie. W 2008 roku aktuariusze z firmy Milliman obliczyli, jakie są realne koszty różnych przeszczepów. Przy uwzględnieniu wydatków na pozyskanie organu (67,5 tysiąca dolarów za nerkę), opiekę przed- i pooperacyjną, immunosupresję oraz administrację szpitalną przeszczep nerki kosztuje 259 tysięcy dolarów. Za przeszczep wątroby zapłacimy 523,4 tysiąca dolarów, za trzustkę – 275 tysięcy, a za jelita – gigantyczną kwotę 1,2 miliona dolarów. Ludzie nie udają się do ośrodków transplantacyjnych, by kupować usługi: kupują tam organy. W wielu przypadkach tylko osoby bogate lub bardzo wysoko ubezpieczone mogą w ogóle rozważać takie rozwiązanie. A sztuczki księgowych nie zmieniają faktów.

Olbrzymie koszty, jakie trzeba ponieść, nie kupując oficjalnie organów, a także wyjątkowo długi czas oczekiwania na przeszczep sprawiają, że wielu pacjentów wyjeżdża do ośrodków zagranicznych, oferujących szybkie i tanie usługi. Niższe koszty oznaczają, że ludzie, których

nie stać na przeszczep w Stanach Zjednoczonych, mogą znaleźć rozwiązanie za przystępną cenę za granicą. Nie muszą przy tym wcale rezygnować z wysokiej jakości. Jednym z takich zagranicznych ośrodków jest szpital Aadil w pakistańskim mieście Lahaur, które Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna ocenia na równi z najlepszymi szpitalami Zachodu.

Obecnie Aadil otwarcie reklamuje dwa pakiety dla pacjentów potrzebujących przeszczepu: 14 tysięcy dolarów za pierwszy przeszczep, 16 tysięcy dolarów, gdy pierwszy organ zawiódł i pacjent potrzebuje drugiego. „Nie musi się pan martwić o dawcę. Znajdziemy żywego dawcę za pośrednictwem organizacji humanitarnej, która ma ich setki" – napisał w mailu Abdul Waheed Sheikh, dyrektor naczelny szpitala Aadil.

W Indiach, Brazylii, Pakistanie i Chinach szpitale chwalą się przed bogatymi klientami nadwyżką chętnych dawców. Różnica cen między Zachodem i Trzecim Światem pozwala międzynarodowym handlarzom zarabiać nieprzyzwoicie duże pieniądze na pacjentach, którzy nie potrafią sami zorganizować sobie przeszczepu.

Cena transplantacji nerki w jednym z najlepszych szpitali na Filipinach, gdzie handel organami jest zasadniczo legalny, wynosiła w 2005 roku 6316 dolarów, a przynajmniej tak wynika z raportu Filipińskiej Agencji Informacyjnej. Handlarze organami, którzy organizują przeszczepy, podbijają ceny najwyżej, jak mogą, a różnicę chowają do własnej kieszeni.

Pacjenci z zewnątrz mają wrażenie, że i tutaj brakuje organów, ale ze względu na siłę międzynarodowego handlu zdobywają potrzebną im tkankę za znacznie mniej niż połowę wygórowanej amerykańskiej ceny. Równocześnie chaos prawny, strach i utrudnienia w przepływie informacji stworzyły doskonałe warunki dla nieuczciwych handlarzy. Olbrzymie zyski pośredników storpedowały próby zreformowania chorego systemu.

Spadek cen uderza w ostatnie ogniwa łańcucha dostaw. Jak widzieliśmy na przykładzie obozu dla uchodźców, pośrednicy korzystają z usług ulicznych handlarzy, którzy płacą za zdrową nerkę – jeśli płacą w ogóle – co najwyżej kilka tysięcy dolarów, i to pomimo rosnącego gwałtownie popytu. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization) w 2002 roku szacowała, że na całym świecie sto siedemdziesiąt jeden milionów ludzi choruje na cukrzycę – główną przyczynę niewydolności nerek. Do 2030 roku liczba ta sięgnie ponad trzystu sześćdziesięciu sześciu milionów.

– W każdym kraju i każdym regionie sytuacja wygląda inaczej – tłumaczy handlarz organami z Los Angeles, który prowadzi interes w sieci, pod adresem liver4you.org. Prosi, bym nie podawał jego nazwiska i nazywał go po prostu Mitch. – Większość przeszczepów za granicą kontrolują lekarze, na przykład z prywatnych praktyk lekarskich w USA, więc rozpiętość cen jest bardzo duża. […] Tam, gdzie można legalnie sprzedawać organy, jak na Filipinach, jest tylu dawców, że cena nie przekracza trzech tysięcy dolarów [za nerkę].

Rzadko się zdarza, by niska cena organu miała wpływ na to, ile ostatecznie zapłaci biorca. Wartość ta zaczyna błyskawicznie rosnąć, gdy tylko towar opuści ulicę i stanie się częścią medycznego łańcucha dostaw. Mitch mówi, że zwykle pobiera za nerkę od trzydziestu pięciu tysięcy do osiemdziesięciu pięciu tysięcy dolarów. W zależności od tego, gdzie odbywa się sama operacja przeszczepu, może zarobić nawet dwadzieścia pięć tysięcy dolarów na jednej transakcji.

Biznesmeni tacy jak Mitch zyskują głównie na różnicach prawnych między poszczególnymi

krajami, ale sama praktyka handlu organami wydaje się wpisana w transplantologię, a przy tym sprzyja różnego rodzaju nadużyciom. Handlarze utrzymują cały proces w sekrecie, maksymalizując zyski na wszystkich etapach łańcucha dostaw, od ciała dawcy do biorcy.

Niektórzy naukowcy i ekonomiści uważają, że tylko legalny i uregulowany system może zapobiec wyzyskowi uczestników łańcucha dostaw. Twierdzą, że ludzie nadal będą oddawać organy za pieniądze, bez względu na to, jaką postać będzie miał system prawny. Transplantolodzy, tacy jak K. C. Reddy, jeden z lekarzy zamieszanych w madraski skandal, utrzymują, że tego rodzaju system umożliwiłby wolny przepływ organów do biorców, a zarazem chroniłby interesy dawców. Zapewniłby im zarówno odpowiednią opiekę po operacji, jak i uczciwą zapłatę.

Rozwiązanie zmierzające do uwolnienia handlu organami jest kuszące. Odwołuje się do wolności jednostki i prawa do decydowania o własnym losie. Równocześnie eliminuje pośredników, którzy podbijają cenę organów i zgarniają ogromne pieniądze. Okazuje się jednak, że rzeczywistość wcale nie jest taka różowa. Bioetyk Arthur Caplan zwrócił uwagę na to, że uwolnienie rynku organów stawia sprzedawców w niekorzystnej sytuacji, gdyż „wysokie ceny mogą negatywnie wpływać na ich decyzje – nie dlatego że perspektywa zarobku skłoni sprzedających do irracjonalnego zachowania, lecz dlatego że dla ludzi potrzebujących pieniędzy niektóre oferty, choćby upokarzające, stanowią nieodpartą pokusę”[18]. Inaczej mówiąc, zawsze znajdzie się ktoś, kto sprzeda swój organ za znacznie mniej, niż jest warty.

Przeciwnicy legalizacji często przywołują przykład Iranu jako państwa, które zalegalizowało sprzedaż i ma mnóstwo organów. W Iranie sprzedaż narządów jest legalna, o ile zajmuje się tym państwowa agencja. Dawcy otrzymują zapłatę za swoje poświęcenie, a po operacji są otoczeni odpowiednią opieką lekarską. W rezultacie w kraju tym praktycznie nie ma kolejki oczekujących na nerki.

Kiedy zadzwoniłem do znanej antropolożki Nancy Scheper-Hughes, by spytać o to rozwiązanie, odparła cierpko:

– Legalizując sprzedaż organów, Iran kierował się argumentem, że niska podaż nerek to jedynie problem marketingowy. Gdy rząd przejął odpowiedzialność za kontrolę rynku organów, handlarze i poszukiwacze nerek zostali przemianowani na „koordynatorów transplantacyjnych”. Nadal nie brakuje łajdaków, którzy szukają na ulicach i w przytułkach dla bezdomnych ludzi gotowych tanio sprzedać organy.

Innymi słowy, legalizacja nie zmieniła motywów ludzi z tej branży, usankcjonowała jedynie ich podejrzane metody. Jeszcze gorzej wygląda sytuacja w Chinach, gdzie państwo sprawuje pełną kontrolę nad rynkiem organów. Od 1984 roku Chińczycy pobierają narządy od ludzi skazanych na śmierć. W 2006 roku amerykański delegat David Matas i były kanadyjski parlamentarzysta David Kilgour wydali książkę *Bloody Harvest. A Report into Allegations of Organ Harvesting of Falun Gong Practitioners in China* [Krwawe żniwa. Raport o zarzutach pobierania organów od wyznawców Falun Gong w Chinach]. Publikacja zawiera dziesiątki wywiadów z byłymi więźniami politycznymi, dyrektorami szpitali transplantologicznych oraz ludźmi, którzy mają bezpośrednią wiedzę o pobieraniu organów od skazańców. To wciągająca, choć zarazem zatrważająca lektura.

Jak piszą autorzy, w latach 2000–2005 w Chinach oficjalnie wykonano sześćdziesiąt

tysięcy operacji przeszczepu nerki. Osiemnaście i pół tysiąca organów pochodziło z udokumentowanych źródeł, które pozwalały zidentyfikować konkretnych dawców. Pochodzenie pozostałych czterdziestu jeden i pół tysiąca organów jest nieznane. Kilgour i Matas przypuszczaj, że wiele z nich zostało pobranych od osób praktykujących Falun Gong[19]. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych ruch ten został uznany za dysydencki. Od tego czasu tysiące wyznawców Falun Gong zaginęły w chińskich więzieniach.

Jedna z rozmówczyń Kilgoura i Matasa, używająca pseudonimu Anna, była kiedyś żoną transplantologa, który pobrał ponad dwa tysiące rogówek od żywych więźniów. Przez lata opowiadał jej o codziennej pracy w miejscu, którego nie można nazwać inaczej jak fabryką organów. Opisała podziemne więzienie pod szpitalem Sujiatun, gdzie przebywało co najmniej pięć tysięcy osób. Lekarze podawali więźniom bardzo mizerne racje żywnościowe. Codziennie zabierali z cel trzech więźniów.

Anna mówi, że potem wybranym więźniom „podawano zastrzyk, który powodował ustanie akcji serca. W tym czasie przewożono ich do sal operacyjnych, gdzie usuwano im organy. Serce przestawało co prawda bić, ale dzięki temu zastrzykowi mózg działał nadal”. Ułożeni na noszach z kółkami więźniowie trafiali wtedy do męża Anny, który usuwał im szybko rogówki i posyłał do kolejnej sali, gdzie „usuwano im organy, choć jeszcze żyli, i nie chodziło jedynie o rogówki – usuwano im wiele narządów”.

Raport Matasa i Kilgoura był krytykowany ze względu na rozbieżności w opowieści Anny, podnoszono też argument, że być może ofiarami morderczego procederu byli nie tylko wyznawcy Falun Gong. A jednak na internetowych tablicach ogłoszeń Falun Gong można znaleźć całą masę przemyconych z Chin zdjęć zabitych więźniów i ciał pozbawionych organów.

Harry Wu, jeden z czołowych aktywistów walczących przeciwko łamaniu praw człowieka w Chinach oraz założyciel Laogai Research Foundation[20] w Waszyngtonie, mówi, że rozmawiał z transplantologiem, który podczas nocnej operacji usunął obie nerki znieczulonemu więźniowi. Rankiem lekarz dowiedział się, że strażnicy zabili więźnia strzałem w głowę.

W innym przypadku chirurg plastyczny Guoqi Wang zeznał przed Izbą Reprezentantów w 2001 roku, że pobierał skórę więźniom, podczas gdy inny zespół transplantologów usuwał organy wewnętrzne. Twierdził, że w latach 1990–1995 uczestniczył w ponad stu takich operacjach. Wcześniej więźniów zabijano strzałem w głowę lub za pomocą zastrzyku z heparyną.

– Po egzekucji ciało przewożono szybko do sali sekcyjnej, gdzie pobieraliśmy skórę, nerki, wątrobę, kości i rogówki do celów badawczych i eksperymentalnych. Następnie skórę sprzedawano ofiarom poparzeń po dolarze i dwadzieścia centów za centymetr kwadratowy.

Jak zeznał przed Kongresem, czasami podczas tej procedury więźniowie jeszcze żyli i cierpieli straszliwe męki. Rząd wypłacał Wangowi skromne sumy (od dwudziestu czterech do sześćdziesięciu dolarów) za każdą udaną operację.

Do niedawna Amerykanie mogli bez trudu zdobyć nerki pobrane od zabitych więźniów. W 2006 roku na stronie Internetowego Centrum Pomocy ds. Międzynarodowych Transplantacji w Chinach (China International Transplantation Network Assistance Center), organizacji finansowanej przez rząd, pojawił się cennik: nerka – 62 tysiące dolarów, wątroba – od 98 do

130 tysięcy, płuco – od 150 do 170 tysięcy, serce – od 130 do 160 tysięcy, rogówka – 30 tysięcy. Zwykle cena wynosiła mniej więcej jedną piątą kwoty, jaką trzeba zapłacić za organ od amerykańskiego dawcy, a samą operację można było zorganizować nawet w ciągu dwóch tygodni.

Kilgour i Matas twierdzą, że tak krótki czas oczekiwania wskazuje jednoznacznie na istnienie systemu więziennego – obszernego katalogu tkanek różnego rodzaju. Uważają, że kiedy klient zamawia nerkę, lekarze odszukują w katalogu najodpowiedniejszy dla niego organ, a potem organizują egzekucję na żądanie. Z punktu widzenia biorcy taka procedura daje największe szanse na udany przeszczep – idealnie dobrany organ od żywego dawcy. Jednakże dla dawcy ceną przeszczepu jest śmierć.

Aby sprawdzić, czy taki katalog rzeczywiście istnieje, pojechałem do Flushing w Queens, chińskiej dzielnicy położonej kilka kilometrów od Manhattanu. Jej główna ulica to kolaż gęstwiny billboardów pełnych chińskich postaci i restauracyjnych okien obwieszonych glazurowanymi kaczkami. Pudełkowe betonowe budynki przypominają sztampową, ale wytrzymałą architekturę wschodniej Azji. Tutaj angielski to rzadko używany drugi język, prawie niesłyszany w zalewie mandaryńskiego.

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych rząd Chin zorientował się, że całkowita liczba osób praktykujących Falun Gong przekracza liczbę członków chińskiej partii komunistycznej, i uznał ten ruch za zagrożenie. Choć większości jego uczestników wystarcza tylko wykonywanie ćwiczeń przypominających tai chi, jest to jedna z bardzo niewielu grup, które aktywnie sprzeciwiają się zakazom chińskiego rządu. W 2002 roku, podczas mistrzostw świata w piłce nożnej, członkowie ruchu przejęli kontrolę nad dziewięcioma stacjami telewizyjnymi oraz łączem satelitarnym, a potem nadali własną audycję propagandową skierowaną przeciwko rządowi. Przeczuwając, że Falun Gong może stanowić istotne zagrożenie polityczne, rząd postanowił ostro się z nim rozprawić.

Państwowe media bez ustanku oskarżały grupę o uprawianie czarnej magii i pranie mózgów swoich członków, a rząd zabronił jej zwolennikom gromadzić się w miejscach publicznych i prywatnych. Za naruszenie tego zakazu groziły surowe kary. W 1999 roku Komitet Centralny przygotował sprytny plan zmierzający do aresztowania członków ruchu.

W lipcu 1999 roku tysiące zwolenników Falun Gong złożyło oficjalny protest przeciwko rządowemu zakazowi w Centralnym Biurze Wniosków, a każdy z nich opatrzył skargę swoim nazwiskiem i adresem. Hua Chen, która w Stanach Zjednoczonych nosi imię Crystal, jako jeden z pierwszych członków ruchu złożyła swój protest w pekińskim biurze. Zaledwie kilka minut po tym, jak z niego wyszła, umundurowani policjanci zakuli ją w kajdanki.

Spotykam się z nią dziesięć lat po tych wydarzeniach, w ciasnym biurze małego chińskiego wydawnictwa, które jest również miejscem spotkań aktywistów. Mówi biegle po angielsku, gdyż przez lata pracowała jako tłumaczka dla amerykańskiej firmy w Pekinie. Wygląda znacznie młodziej, niż wskazywałyby na to jej wiek i wszystkie cierpienia, których doświadczyła w swojej ojczyźnie. Przypisuje to codziennym ćwiczeniom, które stanowią najważniejszy element doktryny Falun Gong.

Crystal została skazana bez procesu na pobyt w obozie pracy przymusowej, była też bita przez strażników, którzy oskarżali ją o spiskowanie przeciwko rządowi. Wypuszczono ją po kilku tygodniach, lecz została ponownie aresztowana w kwietniu 2000 roku, gdy uznano, że nie

dostała jeszcze należytej nauczki. Tym razem czekało ją sześć miesięcy tortur.

– Najgorsze było to, kiedy strażnicy wkładali mi do gardła rurkę i zmuszali do wypicia litra bardzo słonej wody – opowiada ze spokojem. – Tak samo dręczyli innych więźniów, ale tylko praktykujących Falun Gong. Narkomanów i złodziei traktowali znacznie lepiej niż nas. Uważali, że dilera narkotykowego da się zresocjalizować, a członka Falun Gong już nie.

Słona woda niemal natychmiast wprowadzała ją w stan szoku, gdy sól przenikała do jej organizmu. Później Crystal się dowiedziała, że jej współwięźniarka umarła po takiej właśnie torturze.

Co kilka miesięcy wszyscy członkowie Falun Gong osadzeni w więzieniu Gwong (około trzystu osób) udawali się do lekarza więziennego na badania.

– Pobierali nam krew, a potem odsyłali do cel. Inni więźniowie zazdrościli nam, że mamy opiekę medyczną, ale nigdy nie dostawaliśmy żadnych lekarstw. Tylko pobierali nam krew.

Dopiero wiele lat później Crystal domyśliła się, że być może wykonywali te badania, by wprowadzić informacje do bazy danych potencjalnych dawców organów.

Mówi też, że co jakiś czas przenoszono ich z jednego więzienia do drugiego, więc nigdy nie wiedziała, kogo zabito, kogo uwolniono, a kogo tylko przeniesiono.

– Nie mieliśmy pojęcia, co się dzieje. To było przerażające.

Nikt nie twierdzi, że rząd Chin zaatakował ruch Falun Gong właśnie po to, by wykorzystać organy jego członków, jednak z pewnością jest to wyjątkowo wygodny i zyskowny sposób pozbycia się opozycji. Niebezpieczni dysydenci zostali zabici, a ich organy przyniosły spory dochód szpitalom i lekarzom. Można też przypuszczać, że wielu ważnych chińskich oficjeli otrzymało nowe narządy.

W ostatnich latach przeszczepy nerek w Chinach przyniosły zysk w wysokości niemal pół miliarda dolarów. Znaczna część tych pieniędzy pochodzi z zagranicznych źródeł.

Thomas Diflo, ordynator oddziału transplantologii nerek w ośrodku medycznym przy Uniwersytecie Nowojorskim, długo przejmował się losem pacjentów z listy oczekujących na przeszczep. Przez lata przyglądał się bezradnie, jak wielu z nich umiera, nie doczekawszy swojej kolei. Ale pod koniec lat dziewięćdziesiątych niektórzy z jego pacjentów skazanych do tej pory na dializę rezygnowali z tego zabiegu, gdyż otrzymali nową nerkę. Było to o tyle zaskakujące, że Diflo wiedział o wszystkich przeszczepach, których dokonywano w jego jurysdykcji. W końcu kilku z nich przyznało się, że kupiło nerki od szpitali, które używały organów pobranych z ciał chińskich skazańców. Operacja kosztowała zaledwie dziesięć tysięcy dolarów.

Kiedy spytałem, jak jego pacjenci usprawiedliwiają taką decyzję, napisał: „Pacjenci nie przejmowali się tym, skąd pochodzą ich nowe organy. Trzymali się pragmatycznego podejścia w rodzaju: ten facet i tak umrze, a ja mogę się wyleczyć”. Jednak po powrocie do Stanów Zjednoczonych nadal potrzebowali opieki pooperacyjnej, a Diflo zastanawiał się, czy powinien leczyć ludzi, którzy skorzystali z usług poza systemem.

Właśnie ze względu na ten dylemat trafił przed szpitalną komisję etyki, a potem w 2001 roku zeznawał przed Kongresem wraz z Guoqi Wangiem, chirurgiem plastycznym, który pobierał skórę od żywych więźniów. Dzięki międzynarodowym naciskom na Chiny liczba zagranicznych pacjentów kupujących organy pobrane z ciał więźniów wyraźnie się zmniejszyła, trudno jednak przypuszczać, by coś zmieniło się w tej kwestii w samych Chinach.

„Choć liczba egzekucji w Chinach maleje, liczba przeszczepów rośnie, co może oznaczać, że ginie coraz więcej członków ruchu Falun Gong. Cudzoziemcy nie kupują już tych organów – bez wątpienia w wyniku odium, jakie spadło w związku z tym na tamtejszy reżim – więc prawdopodobnie teraz korzystają z nich bogaci Chińczycy" – napisał w mailu David Kilgour.

Nerki od dawna są symbolem transplantologii. Każdy człowiek rodzi się z dwiema nerkami, ale może też normalnie żyć tylko z jedną. Zwykle niewydolność dotyka obu tych organów. Pomimo ich pozornego nadmiaru nerki nie są łatwo dostępnym towarem. Handlujący narządami na całym świecie wyzyskują ludzi pokrzywdzonych przez los. Tam, gdzie liczy się tylko zysk, najbiedniejsi są wykorzystywani i pozbawiani organów. Programy rządowe przejmują kontrolę nad ludzkimi ciałami i odzierają swoich obywateli z wszelkich mrzonek o wolnej woli.

Podobnie jak wszystkie inne odmiany czerwonego rynku, międzynarodowy handel narządami grzeszy brakiem przejrzystości, szczególnie w odniesieniu do łańcucha dostaw. W Indiach i w Iranie (nie wspominając już o Egipcie, Brazylii czy RPA) handlarze manipulują cenami organów tak, że sprzedawcy dostają za swoje organy najniższą możliwą zapłatę i pozbawiają się ich tylko w wyjątkowo trudnych sytuacjach. W Chinach pochodzenie organów okryte jest tajemnicą, ale informacje o tajnych więzieniach i egzekucjach na żądanie i tak przeniknęły na zewnątrz. Jeśli informacje te są prawdziwe, to kupowanie organów na tamtejszym rynku równa się wspieraniu zbrodni ludobójstwa. Z kolei w Stanach Zjednoczonych listy oczekujących na przeszczep są tak długie, operacje tak kosztowne, a przeszczepy nerek uważane za tak konieczne, że wielu ludzi uznaje, iż nie pozostaje im nic innego jak szukać ratunku za granicą, często na nielegalnych rynkach.

Choć rozwiązania tego problemu z pewnością będą złożone i pełne niuansów, każdy z proponowanych planów musi zakładać bardzo duży stopień przejrzystości. Jak przekonamy się na przykładzie międzynarodowych adopcji, przepisy chroniące prywatność sprzyjają rozwojowi organizacji przestępczych. Udostępnienie dokumentacji wszystkim, którzy chcieliby poznać pochodzenie konkretnych organów, radykalnie odmieniłoby podejście do kwestii handlu narządami. Ponieważ tylko szpitale mogą wykonywać transplantacje, uregulowanie tego systemu powinno być stosunkowo łatwe. Handlarze i pośrednicy z pewnością nie zniknęliby z rynku organów, lecz mieliby mniejsze pole manewru i rzadziej wykorzystywaliby ludzi w nędzy. Chiny musiałyby przyznać się otwarcie do zbrodni przeciwko ludzkości, by sprzedawać ludzką tkankę, a amerykańskie szpitale, które uczestniczą w handlu organami, miałyby obowiązek informować swoich pacjentów, jak je pozyskały.

4
Poznaj rodziców

Po kilku godzinach spędzonych za kierownicą przyciasnej wynajętej kii zostawiam za sobą pola kukurydzy i małomiasteczkowe kościoły, wjeżdżam do miejscowości położonej na Środkowym Zachodzie USA i parkuję w bocznej uliczce. Po drugiej stronie ulicy, na podwórku przed domem bawi się dwunastoletni chłopiec w srebrzystych szortach i koszulce futbolowej. Czuję bolesny ucisk w żołądku. Zastanawiam się, czy wkrótce zmienię na zawsze jego życie.

Przygotowywałem się do tej chwili od miesięcy w swoim domu w Madrasie, rozmawiałem z odzianymi w mundury khaki policjantami z zakurzonych komisariatów i przeglądałem niezliczenie wiele akt sądowych. Zebrane dowody tworzą razem rozdzierającą opowieść o dzieciach porywanych z indyjskich slumsów, sprzedawanych do sierocińców i oddawanych do międzynarodowej adopcji. Skupiłem się szczególnie na jednym, wyjątkowym przypadku – wyjątkowym, gdyż policja utrzymuje, że udało jej się ustalić miejsce pobytu pewnego konkretnego dziecka skradzionego w Indiach. Dwa dni temu rodzice tego chłopca poprosili mnie, bym dostarczył wiadomość jego amerykańskiej rodzinie i przekazał jej, że szukają tylko kontaktu i przyjaźni. Teraz jednak, gdy pokonałem dziesięć stref czasowych, by dotrzeć do tej miejscowości, nie mam pojęcia, jak się do tego zabrać.

Beżowa teczka o pozaginanych rogach, która leży na tylnym siedzeniu, zawiera dowody – plik zdjęć, raporty policyjne, próbki włosów i dokumenty opisujące sprawę, która poniewierała się po indyjskich sądach przez ponad dekadę. Całkiem możliwe, że nikt w tym podmiejskim domu nie ma o tym pojęcia. Czekam, aż chłopiec przejdzie za budynek, po czym podbiegam do drzwi i naciskam dzwonek.

Otwiera zaciekawiona nastoletnia dziewczyna o indyjskiej urodzie.

– Czy twoja mama jest w domu? – pytam niepewnie. Chwilę później podchodzi do nas jasnowłosa kobieta w dżinsach i bluzie. Mierzy mnie podejrzliwym spojrzeniem.

18 lutego 1999 roku, kiedy Sivagama po raz ostatni widziała swojego syna Subasha, chłopiec był jeszcze tak mały, że mogła sadzać go sobie na biodrze. Sivagama – która podobnie jak wielu mieszkańców stanu Tamilnadu nie ma nazwiska – mieszka w madraskiej dzielnicy biedoty Pulianthope, miejscu równie odległym od Środkowego Zachodu kulturowo, jak i geograficznie. Dzieci grają w krykieta na zatłoczonych ulicach wypełnionych nieznośną wilgocią, która napływa od pobliskiego Oceanu Indyjskiego. Pomimo przeludnienia miejsce to uważane jest za stosunkowo bezpieczne. Rzadko widuje się dzieci pozbawione opieki rodziców czy usłużnego sąsiada.

Kiedy więc Sivagama zostawiła Subasha przy pompie odległej zaledwie o kilkanaście metrów od ich domu, zakładała, że ktoś będzie go obserwował. I tak też było. Zdaniem policji podczas pięciominutowej nieobecności kobiety jakiś mężczyzna prawdopodobnie wciągnął malucha do trzykołowej autorikszy. Zapewne jakiś czas później przewieziono go na peryferie miasta, do jednego z sierocińców, które płacą gotówką za zdrowe dzieci.

To najgorszy koszmar każdego rodzica. Sivagama i jej mąż Nageshwar Rao, malarz pokojowy, przez następne pięć lat szukali Subasha w zachodnich Indiach. Rodzina nigdy nie straciła nadziei, że chłopiec żyje. Wciągnęli do poszukiwań krewnych i przyjaciół, zatrudnili prywatnych detektywów i sprawdzali plotki oraz fałszywe raporty docierające z miejsc

położonych tak daleko na północy jak Hajdarabad, miasto oddalone od Madrasu o ponad pięćset kilometrów. Aby zdobyć pieniądze na poszukiwania, Nageshwar Rao sprzedał dwa małe domy, które odziedziczył po rodzicach, i przeprowadził się z rodziną do jednoizbowego betonowego budynku krytego strzechą, położonego tuż obok meczetu. Szukając oszczędności, rodzice przestali też płacić czesne za naukę swojej córki. Cała ta dramatyczna historia sprawiła, że rodzina, która plasowała się w dolnych rejonach warstwy średniej, popadła w skrajną nędzę. A żadne z działań nie przybliżyło jej ani o krok do Subasha.

W 2005 roku wydarzyło się jednak coś, co doprowadziło do przełomu w sprawie. Pewien policjant z Madrasu dowiedział się, że w zatłoczonym barze dwaj mężczyźni rozmawiali głośno o porywaniu dzieci. Po przesłuchaniu obaj aresztowani oraz dwie współpracujące z nimi kobiety przyznali się do porywania dzieci na zlecenie sierocińca prowadzonego przez Malezyjską Służbę Społeczną (Malaysian Social Services, MSS), który eksportował dzieci do nieznanych rodzin za granicą. Porywaczom płacono dziesięć tysięcy rupii, czyli około dwustu pięćdziesięciu dolarów za dziecko.

Z dokumentów policyjnych przedstawionych w sądzie wynika, że były ogrodnik sierocińca, G. P. Manoharan, przyznał się do porwania Subasha. Akta zabrane z MSS wykazują z kolei, że nazajutrz przyjęto tam chłopca w wieku Subasha – tego samego dnia, w którym Nageshwar Rao zgłosił zaginięcie syna na policji. Dziecko adoptowano mniej więcej dwa lata później. Zrzeczenie się praw rodzicielskich, niezbędny w takiej sytuacji dokument, który potwierdza, że matka nie może już dłużej opiekować się dzieckiem i przekazuje prawa do dziecka sierocińcowi, został w tym wypadku sfałszowany. Handlarze zmienili imię dziecka na Ashraf i wymyślili całą historię jego życia, do której dołączyli między innymi zeznanie fikcyjnej matki biologicznej.

Jak wynika z dokumentów madraskiej policji, od 1991 do 2003 roku sierociniec MSS przeprowadził co najmniej sto sześćdziesiąt pięć międzynarodowych adopcji, głównie do Stanów Zjednoczonych, Holandii i Australii. Zarobił na tym blisko dwieście pięćdziesiąt tysięcy dolarów.

Jeśli informacje policji są prawdziwe, to poszukiwany przez indyjskich rodziców chłopiec ma teraz nowe nazwisko i nowe życie. Prawdopodobnie nie pamięta już ani swojej matki, ani ojczystego języka. Większość międzynarodowych adopcji jest zamknięta, co znaczy, że rodzice biologiczni nie mają prawa kontaktować się ze swoimi dziećmi, a cały proces jest na tyle utajniony, że bardzo trudno odszukać dziecko, które zostało adoptowane bezprawnie.

Po zaginięciu Subasha Sivagama popadła w głęboką depresję. Dziesięć lat później nadal wydaje się przytłoczona i słaba, ma podkrążone oczy. Na samo wspomnienie syna zaczęła płakać, otarła oczy skrajem sari.

– Dlaczego mamy tyle cierpieć i płacić za coś, co zaczęli przestępcy? – spytała bezradnie.

I dlaczego przepełniony sierociniec kradłby jeszcze dzieci z ulicy? Być może Subash wydawał się dzieckiem szczególnie odpowiednim do adopcji ze względu na swoją jasną skórę i dobry stan zdrowia.

Miałem nadzieję, że więcej dowiem się na miejscu, wsiadłem więc do swojego maleńkiego czarnego hyundaia i lawirując między strumieniami ciężarówek, riksz i zbłąkanych krów, dotarłem w końcu na obrzeża miasta, do siedziby Malezyjskiej Służby Społecznej. Po pierwszej serii zarzutów MSS zamknęła sierociniec i nie zajmuje się już międzynarodowymi

adopcjami. Nadal jednak prowadzi kilka programów społecznych i szkołę dla małych dzieci.

Zatrzymałem się przed jasnoróżowym budynkiem, wysiadłem z auta i zajrzałem za żeliwną bramę. Wtedy podszedł do mnie mężczyzna w świeżo wyprasowanej białej koszuli. Przedstawił się jako Dinesh Ravindranath. Przypomniałem sobie to nazwisko z policyjnego raportu, w którym Ravindranath został wymieniony jako jeden z uczestników przestępczego procederu. Powiedział, że prowadzi MSS od śmierci ojca w 2006 roku. Jest także jej prawnikiem.

Zdaniem Ravindranatha sprawa jego organizacji – która trafiła na pierwsze strony indyjskich gazet – została wyolbrzymiona i to on jest tutaj prawdziwą ofiarą. Policja, jak twierdzi, wykorzystała śledztwo, by wyciągnąć od niego pieniądze.

– Prawo stanowi, że nie możemy interesować się zbytnio historią kobiety, która oddaje dziecko do adopcji, więc musimy przyjmować dzieci na wiarę.

Jednak na dokumentach o zrzeczeniu się praw rodzicielskich, które miałem okazję przeglądać, obok podpisów urzędników MSS widnieją podpisy osób podejrzanych o porwania. Ludzie ci przyznali się w trakcie śledztwa, że przekazali sierocińcowi wiele dzieci, którym stworzono nową tożsamość. Kiedy spytałem o pieniądze, które porywacze otrzymywali od MSS, Ravindranath odparł, że cała sytuacja została opacznie zrozumiana.

– Dajemy kobietom dwa lub trzy tysiące rupii [pięćdziesiąt, siedemdziesiąt dolarów], kiedy tu przychodzą, ale to zwykły datek, a nie opłata za porwanie – tłumaczył. – Tak dzieje się wszędzie. My jesteśmy tylko kozłami ofiarnymi.

Problemy z adopcją są tutaj zjawiskiem powszechnym. W ciągu ostatniej dekady skandale w Delhi oraz w indyjskich stanach Gudżarat, Andhra Pradeś, Maharasztra i Tamilnadu ujawniły poważne naruszenia przepisów adopcyjnych oraz zarzuty rodziców, których dzieci trafiły do zagranicznych rodzin. Perspektywa sowitej zapłaty skłania sierocińce do tworzenia stałej puli dzieci nadających się do adopcji. Sprowadzenie dziecka z Indii do USA kosztuje około czternastu tysięcy dolarów, nie licząc standardowej opłaty trzech i pół tysiąca dolarów dla sierocińca. W najbardziej haniebnych przypadkach renomowane niegdyś agencje angażują się w handel dziećmi, a pełne najlepszych intencji amerykańskie rodziny nie mają pojęcia, że nie adoptują dziecka, lecz je kupują.

Podobne skandale znane są nie tylko w Indiach. W 2007 roku pracownicy z francuskiej organizacji charytatywnej L'Arche de Zoé zostali zatrzymani, gdy próbowali wywieźć z Czadu sto troje dzieci. Twierdzili, że to sudańscy uchodźcy wojenni, lecz policyjne śledztwo wykazało, że większość dzieci została wykradziona z rodzin mieszkających w Czadzie. W chińskiej prowincji Hunan sześć sierocińców kupiło w latach 2002–2005 prawie tysiąc dzieci. Wiele z nich trafiło potem do domów za granicą. Wiosną 2008 roku dziennikarze ABC News odkryli, że niektóre instytucje w tym regionie nadal otwarcie kupują dzieci, oferując za nie od trzystu do trzystu pięćdziesięciu dolarów.

W 2006 roku fanów Madonny zelektryzowała wiadomość, że gwiazda zaadoptowała chłopca z Malawi Davida Bandę, który w rzeczywistości wcale nie był sierotą. W styczniu 2009 roku pracownicy agencji adopcyjnej Focus on Children z Utah przyznali się do oszustwa i łamania prawa imigracyjnego – jak wynika z aktu oskarżenia, sprowadzili co najmniej trzydzieścioro siedmioro samoańskich dzieci do adopcji, wprowadziwszy wcześniej w błąd ich biologicznych rodziców i poinformowawszy przyszłych opiekunów, że dzieci zostały

osierocone lub porzucone. Po trzęsieniu ziemi, które zrujnowało znaczną część Haiti, kilku członków chrześcijańskiej organizacji z Idaho zostało aresztowanych za próbę wywiezienia dzieci z kraju bez pozwolenia.

– Eksport dzieci to prawdziwy przemysł – mówi Sarah Crowe, dyrektor medialny UNICEF na Azję Południową. – Kiedy agencje adopcyjne skupiają się przede wszystkim na zysku, a nie na prawach dzieci, stwarzają pole do ogromnych nadużyć.

Konwencję haską o ochronie dzieci i współpracy w dziedzinie przysposobienia międzynarodowego z 1993 roku, obejmującą także kwestię uprowadzenia dziecka za granicę, ratyfikowało pięćdziesiąt krajów (Stany Zjednoczone w 2007 roku), ale prawo to jest zupełnie nieskuteczne, jak twierdzi David Smolin, wykładowca prawa na Uniwersytecie Samford w Alabamie i przybrany ojciec dwojga adoptowanych dzieci z Indii. „Słabością konwencji haskiej jest założenie, że to kraj, z którego wysyła się dziecko do adopcji, dopilnuje, by wszystko odbyło się zgodnie z prawem – napisał mi w mailu Smolin. – Tymczasem kraje docelowe nie mogą sobie pozwolić na to, by wierzyć na słowo krajom wysyłającym dzieci”.

Smolin dobrze wie, o czym mówi. Biologiczna matka jego adoptowanych dzieci oddała je do sierocińca w Andhra Pradeś, by odebrały tam chociaż podstawowe wykształcenie – najbiedniejsi mieszkańcy Indii dość często stosują takie rozwiązanie. Niepiśmienną matkę skłoniono podstępem do podpisaniu dokumentu o zrzeczeniu się praw rodzicielskich, a potem, gdy próbowała odzyskać prawo do opieki nad dziećmi, odprawiono ją z niczym. Dziewczynki, dziewięciolatkę i jedenastolatkę, pouczono w sierocińcu, by mówiły, że ich ojciec umarł, a matka się ich wyrzekła, w końcu jednak wyjawiły Smolinom prawdę. Amerykańska agencja adopcyjna odmówiła zajęcia się tą sprawą. Nim rodzina na własną rękę odszukała rodziców biologicznych, minęło sześć lat, a dziewczynki przywykły już do życia w Alabamie. Choć w końcu tam zostały, Smolinowie otworzyli adopcję – odwiedzają indyjską rodzinę i utrzymują z nią stały kontakt.

Smolin przeorientował od tamtego czasu swoją karierę prawniczą i obecnie jest jednym z najaktywniejszych zwolenników reformy prawa adopcyjnego. Jego zdaniem dużym błędem konwencji haskiej jest fakt, że nie znalazł się w niej zapis ograniczający opłaty za adopcję wnoszone przez bogate kraje. „Jeśli nie zmniejszy się znacząco tych kwot, wszystkie inne przepisy niczego nie zmienią” – zaznacza.

Policjanci, prawnicy i ludzie zajmujący się adopcją w Indiach są podobnego zdania.

– Gdyby nie trzeba było płacić za dzieci, nie mielibyśmy wszystkich tych problemów – powiedział zastępca komisarza S. Shankar, który prowadzi śledztwo w sprawie Subasha. (Na prośbę komisarza nie podaję jego nazwiska w pełnym brzmieniu).

Kiedy na podstawie dokumentów MSS policjanci w Madrasie doszli do wniosku, że Subash prawdopodobnie trafił do Stanów Zjednoczonych, wezwali Nageshwara Rao na komisariat i poprosili, by rozpoznał swego syna wśród zdjęć różnych dzieci. Nageshwar bez wahania wskazał na fotografię z akt Ashrafa, którą wykonano kilka dni po przyjęciu chłopca do sierocińca.

– Subash leżał na wygodnym łóżku, ubrany jak zachodnie dziecko – wspominał Nageshwar Rao, odchylając się na plastikowym krześle w swoim zagraconym mieszkaniu. Towarzyszyło mu nastoletnie rodzeństwo Subasha, Sasala i Lokesh. – Nawet po sześciu latach natychmiast go rozpoznałem – dodał.

Policjant był zadowolony z wyników identyfikacji, lecz kazał Nageshwarowi zapomnieć o synu. Subashowi na pewno lepiej było w Ameryce.

– Policja potraktowała mnie jak śmiecia, ale dlaczego miałbym być zadowolony, że ktoś ukradł mi syna? – pytał Nageshwar. – Nie chcę, by przez całe życie myślał, że go porzuciliśmy.

Przynajmniej wie, co prawdopodobnie stało się z jego synem. Na zbadanie czeka jeszcze około trzystu adopcji przeprowadzonych przez MSS (zarówno krajowych, jak i międzynarodowych). Policyjne dochodzenie na poziomie lokalnym posuwa się tylko w reakcji na naciski mediów. Ogólnie rzecz biorąc, śledztwo w sprawie MSS toczy się w ślimaczym tempie, przekazywano je bowiem z poziomu na poziom – najpierw z miejskiego na stanowy, a potem na federalny – a przy każdym takim przesunięciu zakres działań policji się zmniejszał. Obecnie dochodzenie prowadzi indyjskie Centralne Biuro Śledcze i zgodnie z nakazem sądu ma zajmować się tylko trzema sprawami związanymi z MSS, dotyczącymi dzieci skradzionych z indyjskich slumsów, które trafiły rzekomo do rodzin adopcyjnych w Australii, Holandii i Stanach Zjednoczonych. Ten ostatni przypadek dotyczy właśnie Subasha.

Shankar, który prowadzi tę sprawę, przyznaje, że śledztwo jego agencji ledwie dotyka powierzchni problemu. W rzeczywistości rodzina, której nie stać na wynajęcie prawnika i przeprowadzanie sprawy przez cały proces sądowy, niczego nie osiągnie.

– W tej chwili zajmujemy się tylko sprawami sprzed dziesięciu lat – powiedział przysadzisty, siwiejący policjant. Dodał, że w tym czasie powstały inne sierocińce, które zastąpiły MSS. – Ale nic nie mogę w tej kwestii zrobić. Mam związane ręce.

Nie miałem jednak większych trudności ze zdobyciem adresu amerykańskiej rodziny – znajduje się w oficjalnej dokumentacji adopcji, w madraskim Sądzie Najwyższym. Kiedy mówię Nageshwarowi Rao, że pojadę do Stanów Zjednoczonych, by skontaktować się z rodziną, która zaadoptowała jego syna, dotyka mojego ramienia i wpatruje się we mnie z uwagą. Poczuł ogromną ulgę, gdy policja poinformowała go, że jego syn został oddany do adopcji, a nie został wykorzystany seksualnie, czy też zabity dla organów, bo słyszał i o takich przypadkach. Teraz chce tylko znów odgrywać jakąś rolę w życiu Subasha. Próbował wyrazić swoje nadzieje za pomocą kilku angielskich słów, które zna. Wyciągając rękę w stronę Ameryki, powiedział:

– Rodzina. – Potem wskazał na siebie i dodał: – Przyjaciele.

Dwa dni i trzynaście tysięcy kilometrów później, gdy stoję na werandzie amerykańskiego domu, równie trudno przychodzi mi znaleźć porozumienie. Ściskając w dłoni teczkę z dokumentami, przedstawiam się i szukam właściwych słów. Chłopiec wrócił już zza domu i staje obok mnie, jego siostra przysłuchuje się wszystkiemu zza drzwi. Nastolatek ma okrągłą twarz i kędzierzawe włosy Nageshwara Rao. Mówię jego mamie, że musimy porozmawiać, ale nie przy dzieciach. Umawiamy się na spotkanie w jakimś innym miejscu, po powrocie jej męża do domu.

Po upływie godziny, w pustym parku dwie przecznice dalej, opieram się o swój wynajęty samochód i spoglądam co chwila na zegarek. W końcu podjeżdża ojciec chłopca. Nie wysiada, otwiera tylko okno, by ze mną porozmawiać. Nie wydaje się zaskoczony tym, co mam do powiedzenia.

– Parę lat temu słyszałem coś na ten temat w wiadomościach – mówi. – Wiedziałem, że

nas też może to dotyczyć. Nigdy nie umiałem powiedzieć o tym synowi. To byłoby zbyt traumatyczne.

Uśmiecha się nerwowo, a ja wręczam mu teczkę. Oprócz dokumentów jest w niej list z zapewnieniem, że rodzice Subasha nie zamierzają walczyć o chłopca, ale mają nadzieję, że jego nowa rodzina nawiąże z nimi przyjacielskie kontakty, by mogli znów być częścią jego życia. Proszę ojca, żeby przejrzał te materiały, i umawiam się z nim na następny dzień.

Amerykańscy rodzice chłopca nie kontaktowali się bezpośrednio z MSS. Jak większość rodzin w ich sytuacji korzystali z usług agencji. Kiedy po raz pierwszy pisałem o sprawie Subasha dla „Mother Jones", uznaliśmy wspólnie z moimi redaktorami, że zachowamy w tajemnicy jego imię i inne szczegóły, by nie ujawnić niechcący tożsamości rodziny ze Środkowego Zachodu. W czasie gdy ukazał się tamten artykuł, słyszałem tylko o jednej podejrzanej adopcji przeprowadzonej przez agencję, mogłem więc przypuszczać, że był to jedynie przypadek. Agencja mogła przecież paść ofiarą oszustwa ze strony sierocińca, który przekazywał jej dzieci.

Sytuacja zmieniła się zaledwie tydzień po publikacji artykułu, gdy dowiedziałem się o sprawie z 1991 roku dotyczącej Banu, zubożałej matki trojga dzieci, której mąż zginął w wypadku przy pracy. W tamtym czasie nie była w stanie należycie zatroszczyć się o swoje dzieci, przyjęła więc ofertę szkoły, która zobowiązała się za darmo je żywić i uczyć.

Siedem lat później Banu wróciła do sierocińca i poprosiła dyrektora K. Raghupatiego, by oddał jej dzieci. Raghupati odmówił. Powiedział jej, że zrzekła się praw rodzicielskich i że wysłał dzieci do rodzin adopcyjnych w USA. Miejscowy agent adopcyjny, niejaki Ramani Jayakumar, współpracował z agencją Pauquette Adoption Services z Wisconsin, co miało ułatwić przenosiny dzieci do Ameryki.

Banu wniosła oskarżenie do Sądu Najwyższego w Madrasie, a w 2005 roku policja aresztowała Raghupatiego, kierując przeciw niemu liczne zarzuty związane z oszustwami adopcyjnymi. Banu zyskała również dostęp do dokumentów adopcyjnych, dzięki czemu zdołała skontaktować się ze swoimi dziećmi. W 2006 roku aktywiści w Ameryce i Indiach mogli w końcu przedstawić ją jej dorosłym już dzieciom.

Począwszy od roku 1982, agencja Pauquette Adoption Services zorganizowała tysiąc czterysta czterdzieści jeden międzynarodowych adopcji, w tym adopcję Subasha.

Tuż za drzwiami siedziby Pauquette – okazałego ceglanego budynku położonego naprzeciwko szkoły podstawowej – wiszą tablice ogłoszeń pełne mniej lub bardziej zniszczonych zdjęć dzieci z całego świata. Odszukuję współwłaścicielkę agencji Lynn Toole, która nie jest szczególnie zadowolona z mojej wizyty.

Przyznaje, że czytała w indyjskiej prasie o aferach związanych z adopcjami, zapewnia jednak, że indyjski rząd zaakceptował wszystkie sprawy, którymi zajmowała się jej agencja. Pomoże mi w śledztwie, jeśli będzie taka potrzeba, ale nie chce rozmawiać ze mną o sprawie Subasha. Kiedy pytam, dlaczego nie skontaktowała się z przybranymi rodzicami, by ostrzec ich, że być może adoptowali porwane dziecko, odmawia komentarza. Gdy dzwonię do niej tydzień później, odkłada słuchawkę. Ze strony internetowej wynika jednak, że agencja nadal organizuje adopcje dzieci z Indii i pobiera za swoje usługi co najmniej dwanaście do piętnastu tysięcy dolarów.

Therese Durkin, prawniczka Departamentu Dzieci i Rodzin stanu Wisconsin, któremu

podlega Pauquette, utrzymuje, że nigdy nie prowadzono przeciwko tej agencji śledztwa związanego z międzynarodowymi adopcjami, departament nie wiedział też o żadnych nieprawidłowościach. Nawet jeśli dotrą do nich jakieś skargi, stan nie ma możliwości podjąć należytego dochodzenia.

– Zajmujemy się tylko papierkową robotą – mów Durkin. – I możemy jedynie sprawdzić ważność dokumentacji.

Dodaje, że choć adopcje dzieci z Indii wymagają wielu dokumentów, departament nie może w żaden sposób zweryfikować ich autentyczności. Władze amerykańskie i indyjskie praktycznie nie współpracują ze sobą w tym zakresie.

Krótko mówiąc, w przypadku niektórych dzieci nie można żadnym sposobem ustalić, skąd pochodzą. W ciągu dziesięciu lat spędzonych w amerykańskiej agencji, znanej teraz jako Families Thru International Adoption, Beth Peterson współpracowała blisko z kilkoma spośród największych i najbardziej uznanych sierocińców w Indiach, dzięki czemu pomogła znaleźć w Stanach Zjednoczonych domy dla ponad stu pięćdziesięciorga dzieci. W tym czasie doszła do przekonania, że wiele sierocińców zamieniło się de facto w firmy prowadzące działalność przestępczą.

– Prawdopodobnie sytuacja ta nie ulegnie zmianie, dopóki nie zniknie motywacja finansowa – mówi Peterson, która obecnie prowadzi iChild, serwis internetowy wspierający rodziny adopcyjne z indyjskimi dziećmi.

Na przykład przed rokiem 2002 Peterson przesłała ponad sto pięćdziesiąt tysięcy dolarów do indyjskiego sierocińca Preet Mandir. Panowały tam straszliwe warunki – troje małych dzieci zmarło, czekając, aż uprawomocnią się dokumenty adopcyjne zgromadzone przez klientów Peterson. Kiedy dyrektor sierocińca J. Bhasin zaczął domagać się dodatkowych tysięcy dolarów oprócz zwykłych opłat i nie chciał wydać dzieci bez tych pieniędzy, Peterson zerwała z nim kontakt. Później złożyła do indyjskiego rządu skargę na sierociniec i jego dyrektora.

Cztery lata później dziennikarze z indyjskiej telewizji informacyjnej CNN-IBN skontaktowali się z Preet Mandir, udając rodziców adopcyjnych. Bhasin powiedział im, że mogą kupić dwoje dzieci za dwadzieścia cztery tysiące dolarów. Kiedy ukazał się artykuł powstały na podstawie tej prowokacji, sierocińcowi odebrano licencję adopcyjną, później jednak rząd indyjski przywrócił ją na okres próbny.

– Po obu stronach działają organizacje kierujące się żądzą zysku – mówi Peterson. – Jedna z amerykańskich agencji, z którymi współpracowałam, chciała tylko wiedzieć, czy będę w stanie dostarczyć jej określoną liczbę dzieci w roku, a nie interesowało jej, skąd pochodzą te dzieci.

Ogólnie rzecz biorąc, jeśli tylko wszystkie dokumenty są w porządku, amerykańskie agencje adopcyjne zwykle nie szukają dodatkowych informacji. Children’s Home Society & Family Services, jedna z największych agencji w USA, zorganizowała w 2007 roku blisko sześćset międzynarodowych adopcji. David Pilgrim, wiceprezes agencji, jest pewien, że żadne z tych sześciuset dzieci nie było ofiarą uprowadzenia.

– Dokładnie sprawdzamy wszystkie sierocińce, z którymi współpracujemy, zawsze to robiliśmy – zapewnia.

Jednak Children’s Home Society współpracowała również z Preet Mandir, dopóki ten

sierociniec nie stał się przedmiotem skandalu. Kiedy pytam, czy żadna z tych adopcji nie budzi jego niepokoju, Pilgrim odpowiada po krótkiej pauzie:

– Nasi prawnicy przejrzeli wszystkie dokumenty i nie znaleźli niczego podejrzanego.

Nazajutrz po moim pierwszym spotkaniu z amerykańską rodziną siedzimy razem w parku przy starym drewnianym stole piknikowym. Przejeżdżający obok radiowóz zwalnia, policjant lustruje nas wzrokiem i ponownie przyspiesza. Po policzkach matki płyną łzy. Nie wiem, czy jest wściekła, czy zrozpaczona. Może jedno i drugie.

– Dla niego Indie nie istnieją – mówi.

Dowiaduję się, że Subash – któremu przybrani rodzice nadali nowe imię – jest ich trzecim adoptowanym dzieckiem z Indii. Choć po raz pierwszy korzystali przy tej okazji z usług Pauquette, proces wyglądał podobnie jak poprzednio: wnieśli opłatę w wysokości piętnastu tysięcy dolarów i polecieli do Indii, by obejrzeć sierociniec i spotkać się z właścicielami MSS.

– Marzyliśmy o kolejnym dziecku – tłumaczy ojciec. – Przepisy też miały spory wpływ na naszą decyzję. Szukaliśmy w Korei i Ameryce Południowej, ale Indie były najbardziej otwarte…

Innymi słowy, napotkali tu najmniej trudności.

Powiedziałem im o wszystkim, czego dowiedziałem się od indyjskiej policji – o zeznaniach porywacza, o wieku dziecka i dacie przyjęcia do sierocińca, o sfałszowanym dokumencie rezygnacji z praw rodzicielskich, o identyfikacji, podczas której ojciec wskazał właściwe dziecko, o dokumencie, który oficjalnie oddawał pod ich opiekę Ashrafa. Nadal jednak nie są przekonani.

– Musimy wiedzieć więcej, żeby w to uwierzyć – mówi ojciec.

Być może jedynym przekonującym dowodem będą badania DNA. Ale jak wytłumaczą dziecku, że musi oddać krew do badania? A jeśli wynik będzie negatywny, to skąd indyjska rodzina będzie miała pewność, że próbki zostały należycie pobrane i zbadane?

Najprostszym rozwiązaniem byłoby spotkanie obu rodzin, lecz amerykańscy rodzice nie wiedzą jeszcze, co z tym zrobią.

– Musimy porozmawiać z naszym prawnikiem – mówi ojciec, marszcząc brwi. – Musimy rozważyć, co będzie najlepsze dla naszego syna. Jak by zareagował, gdyby się dowiedział.

Nie mamy żadnego planu działania. Jak przekonał się Nageshwar Rao, nie ma politycznej woli odszukiwania porwanych dzieci. W miarę upływu lat granice etyczne coraz bardziej się zacierają – chociaż warto się zastanowić, czy stosowano by równie ograniczone zasady moralne, gdyby porwano amerykańskie dziecko i wychowano je w indyjskich slumsach.

Konwencja haska na niewiele się zdaje. Nie precyzuje, czy porwane dzieci muszą wrócić do swoich rodziców biologicznych, nie bierze też pod uwagę wpływu, jaki mogłoby mieć takie spotkanie na umysł dziecka, które w ogóle nie pamięta swojego poprzedniego życia. Profesor René Hoksbergen, wykładowca psychologii na Uniwersytecie w Utrechcie zajmujący się problemami adopcji, uważa, że chłopiec powinien poznać prawdę – w bliżej nieokreślonej przyszłości. „Sprawę porwania można przedstawić na różne sposoby, ale nie teraz: dziecko jest na to o wiele za młode” – napisał mi Hoksbergen w mailu. Dodał również, że na razie amerykańscy rodzice powinni skontaktować się z rodzicami indyjskimi, przesłać im informacje i zdjęcia, które ukoiłyby ich ból. Oczywiście jeśli jedni i drudzy uznają, że chodzi im o to samo dziecko.

I tutaj właśnie sprawa komplikuje się jeszcze bardziej. Po naszym spotkaniu w parku wróciłem do Madrasu, lecz choć od tego czasu minęły już dwa miesiące, nie dostałem żadnej wiadomości od amerykańskiego małżeństwa. Nie odpowiadają na moje maile, a Sivagama i jej mąż są zrozpaczeni.

– Poznałeś ich, mówisz, że to dobrzy ludzie, widziałeś naszego syna, więc dlaczego nie chcą z nami rozmawiać? – dopytuje się Nageshwar Rao. – Wiemy, że jest w dobrym domu. Nie próbujemy go odzyskać, wiemy, że to nierealne, ale chcielibyśmy go przynajmniej znać.

Namawia mnie, żebym wysłał Amerykanom kolejny mail, opisujący kilka znamion i małą bliznę, o których nie wspomniano w dokumentach zawartych w teczce. Rankiem znajduję w skrzynce odbiorczej odpowiedź. Przybrany ojciec pisze, że jego syn nie ma żadnego ze znamion opisanych przez Nageshwara Rao. „W tej sytuacji uważamy sprawę za zamkniętą – kończy. – Proszę przekazać rodzinie nasze wyrazy współczucia. Doskonale rozumiemy, przez co przechodzą, i jakim ciosem będzie dla nich ta wiadomość".

Kiedy dzielę się tą informacją z zastępcą komisarza Shankarem, policjant kręci sceptycznie głową.

– Mogą kłamać, a być może znamiona zniknęły – rozmyśla głośno. – Nie mamy żadnych wątpliwości, że to ten chłopiec. Wszystko na to wskazuje.

Poza tym, dodaje, być może sprawa wkrótce zostanie definitywnie rozstrzygnięta – prośba o próbki krwi i włosów chłopca, którą jego agencja przekazała w sierpniu za pośrednictwem Interpolu, dotarła w końcu do biura ministra sprawiedliwości USA. Stamtąd powinna trafić do FBI, które zajmie się jej realizacją.

Jednak nawet to nie gwarantuje rychłego rozwiązania. Gdyby amerykańscy rodzice postanowili odmówić prośbie FBI, dobry prawnik prawdopodobnie mógłby odsunąć tę sprawę aż do momentu, gdy chłopiec osiągnie pełnoletność i będzie mógł sam decydować o sobie.

Minął rok od pierwszego śledztwa dotyczącego tożsamości Subasha, lecz sprawa praktycznie się nie posunęła. Policja indyjska wciąż bliska jest sformułowania kolejnej listy zarzutów, ale jakoś nie może się na to zdecydować. Amerykańska rodzina chłopca milczy. Tylko jeden anonimowy komentarz na stronie internetowej „Mother Jones" daje pewne pojęcie o ich poglądach. Czytelnik, który podaje się za bliskiego znajomego przybranych rodziców Subasha, pisze:

> To rodzice podjęli decyzję, by nie zakłócać spokojnego życia chłopca, gdy dysponują jedynie niekompletnymi informacjami, które otrzymali od rodziny z Indii. Zamierzają poinformować go o tej sytuacji, kiedy będzie starszy. Wiem, że jeśli chłopiec postanowi wyjaśnić tę sprawę, na pewno mu pomogą. Decyzje rodziców w tej kwestii nie służą ich wygodzie czy korzyści, lecz wypływają ze szczerej miłości i troski o zdrowie umysłowe ich syna. To oni są najbliżej tej sytuacji. Oni najlepiej znają swoje dziecko. Pozwólcie im dokonywać wyborów, którymi kieruje miłość do ich syna i ocena sytuacji oparta na wszystkich dostępnych informacjach.

Kilka miesięcy po tym, jak na forum pojawił się ten komentarz, Shankar poinformował mnie, że trwają badania DNA. Po latach nacisków ze strony Indii FBI pobrało w końcu próbki i przesłało je do indyjskiego laboratorium. Teraz pozostaje tylko czekać, aż laboratorium nadrobi wieloletnie opóźnienie i w końcu rozstrzygnie w sposób naukowy kwestię tożsamości Subasha.

Amerykańska rodzina musi się jednak jeszcze skontaktować z Nageshwarem Rao i Sivagamą jednym z wielu dostępnych kanałów – przy moim udziale lub bez niego – by zweryfikować werdykt policji. Amerykańscy rodzice twierdzą, że ich dziecko nie ma żadnych znamion, lecz nie pozwolili sprawdzić tego nikomu z zewnątrz.

Mimo to Nageshwar Rao nie traci nadziei. Nadal regularnie odwiedza biurowiec w pobliżu siedziby Sądu Najwyższego, gdzie oddaje część ciężko zarobionych pieniędzy za usługi jednego z najlepszych prawników w Madrasie. Wchodzi po betonowych schodach do biura na tyłach budynku, mija przeszklone boksy, w których prawnicy sporządzają setki akt i układają je w sterty. Gdzieś w tym morzu dokumentów znajdują się petycje, które napisał w imieniu swojego zaginionego syna.

Wchodzi do zatłoczonego biura i pyta pierwszego napotkanego urzędnika, czy nie dostali jakichś wiadomości z Ameryki.

5
Niepokalane poczęcie

Krinos Trokoudes wie o kobietach jedno:

– Jeśli płacisz, możesz mieć mnóstwo dziewczyn.

Trokoudes nie ma na myśli tego, o czym pewnie pomyślałaby większość z nas. Jest embriologiem. Pobiera ludzkie komórki jajowe. Jego gęste siwe włosy pasują do białego laboratoryjnego fartucha, który zakłada codziennie w pracy, a serdeczny uśmiech rozwiewa wszelkie wątpliwości pacjentek równie skutecznie jak liczne dyplomy medyczne wiszące na ścianach.

W 1992 roku trafił do *Księgi rekordów Guinnessa* za zapłodnienie czterdziestodziewięcioletniej kobiety metodą *in vitro*. Później rekord ten został kilkakrotnie pobity (między innymi w 2008 roku, kiedy to siedemdziesięcioletnia Hinduska urodziła bliźnięta poczęte za pomocą *in vitro*), ale przełomowe prace Trokoudesa umocniły reputację jego ojczystego Cypru jako kraju, który gotów jest wciąż przesuwać granice w dziedzinie embriologii. Od tego czasu dzięki splotowi okoliczności geograficznych, prawnych i gospodarczych to małe wyspiarskie państwo z Morza Śródziemnego stało się centrum światowego handlu ludzkimi komórkami jajowymi.

Z jednej strony, kobiecy jajnik to gruczoł, który może dać światu nowe życie, a z drugiej – źródło prawie trzech milionów jajeczek, które czekają tylko, by je pobrać i sprzedać temu, kto zaoferuje najwyższą cenę. Trokoudesowi bliskie są oba te punkty widzenia. Odkąd w 1981 roku otworzył klinikę Pedieos, ma do dyspozycji praktycznie nieograniczone zasoby ludzkich komórek jajowych, pobieranych głównie od napływowych mieszkanek Cypru, które są stosunkowo ubogie i traktują oddawanie komórek jako ważne uzupełnienie dochodów.

– Dawczynie można znaleźć tam, gdzie zarobki są niskie – mówi Trokoudes, wzruszając ramionami.

Cypr, jako kraj wyspiarski o wysokich kosztach życia i dużej populacji słabo opłacanych imigrantów, jest idealną wylęgarnią żądnych pieniędzy dawczyń.

Implantacja komórki jajowej zapłodnionej metodą *in vitro* kosztuje na Cyprze od ośmiu do czternastu tysięcy dolarów – trzydzieści procent mniej niż najtańszy tego typu zabieg na Zachodzie. Co istotniejsze, rzadko zdarza się, by pacjentki musiały czekać na implantację dłużej niż dwa tygodnie. To prawdziwe błogosławieństwo dla ludzi z Wielkiej Brytanii, gdzie za sprawą surowych przepisów określających, kto może zostać dawcą, oczekiwanie trwa ponad dwa lata. W tym roku jedna trzecia pacjentek Trokoudesa przyleciała do jego kliniki z zagranicy. Doktor ma nadzieję, że w przyszłym roku ta liczba się podwoi.

– Jeśli masz dawczynie – mówi – masz wszystko.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat popyt na ludzkie komórki jajowe rósł w tempie geometrycznym, bez konkretnych wytycznych i ograniczeń, a wraz z nim rozwijał się przemysł służący sztucznemu zapłodnieniu, który osiągnął rozmiary molocha wartości wielu miliardów dolarów. Trzy dekady po wprowadzeniu metody *in vitro* co roku rodzi się blisko dwieście pięćdziesiąt tysięcy dzieci z probówki. Choć ogromnej większości z nich dało życie jajeczko ich biologicznej mamy, marzenia starszych kobiet, które pragną zostać matkami – czasem nawet tych po klimakterium – doprowadziły do gwałtownego rozrostu nie całkiem legalnego

rynku ludzkich komórek jajowych. Obecnie rynek ten sięga od Azji do Ameryki, od najbogatszych dzielnic Londynu i Barcelony do najbiedniejszych zakątków Rumunii, Cypru i Ameryki Łacińskiej.

W przemysł związany ze sztucznym zapłodnieniem zaangażowani są zarówno pełni najlepszych intencji lekarze, jak i bezduszni szarlatani, zdesperowani rodzice i podejrzani przedsiębiorcy, a wszyscy szukają tego samego źródła surowca: kobiet w wieku rozrodczym. Przepisy regulujące tę dziedzinę medycyny często mają różną formę w różnych krajach, a w niektórych zakątkach świata nie ma ich wcale. Choć większość państw próbuje kontrolować własny, wewnętrzny rynek, tanie loty i nieprecyzyjne regulacje międzynarodowe sprawiają, że niebezpieczne i nieetyczne pozyskiwanie komórek jajowych jest równie łatwe jak zdobycie paszportu. Obecnie biedne kobiety z jeszcze biedniejszych krajów sprzedają swoje gamety przedsiębiorczym lekarzom, którzy odsprzedają je potem pełnym nadziei rodzicom z bogatych krajów. Doprowadziło to do powstania całej serii trudnych zagadnień etycznych: Czy naprawdę można traktować kobietę jak kurę i pompować ją sterydami, by uzyskać jaja na sprzedaż? Czy w wypadku podstawowych genetycznych części składowych życia i kobiet, które je wytwarzają, powinniśmy stosować takie same standardy jak w odniesieniu do produkcji, na przykład, łożysk tocznych? Czy ludzka komórka jajowa to zwykły produkt, a dawca to nic więcej jak wytwórca, tryb w maszynie?

Niestety, prawie cały świat Zachodu przestał się zastanawiać nad tego rodzaju kwestiami moralnymi. Niektóre państwa, jak Izrael, zabraniają pozyskiwania ludzkich komórek jajowych na własnym terenie, ale zwracają swoim obywatelom pieniądze za zapłodnienie *in vitro*, nawet jeśli zostanie ono dokonane dzięki jajom sprowadzonym z innego kraju.

Prawo Stanów Zjednoczonych nie mówi nic o pozyskiwaniu komórek jajowych, choć Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu (American Society of Reproductive Medicine) stworzyło wytyczne, które potępiają wszelkie opłaty w tej materii poza zwrotem utraconego wynagrodzenia i kosztów podróży. Na Cyprze, podobnie jak w pozostałych krajach Unii Europejskiej, „rekompensata jest dozwolona, zapłata nie” – jak wyjaśniła mi urzędniczka z cypryjskiego Ministerstwa Zdrowia Carolina Stylianou, która odpowiada za nadzór nad miejscowymi klinikami płodności. Tak, rzeczywistość jest w tej kwestii równie mętna jak wspomniany powyżej przepis.

Cała ta otoczka tajemniczości i niedookreśloności przyczyniła się do powstania dynamicznego rynku o szerokiej gamie cen i usług. W Stanach Zjednoczonych cena implantacji zarodka, obejmująca również koszt komórki jajowej, czynności laboratoryjnych i procedury *in vitro*, zaczyna się od czterdziestu tysięcy dolarów. Cena podobnego zabiegu na Cyprze jest na tyle konkurencyjna, że ściągają tam ludzie z całego świata. Jeszcze większa rozpiętość cen dotyczy samych komórek jajowych. Amerykanka dostaje przeciętnie osiem tysięcy dolarów za partię komórek, ale może zażądać nawet pięćdziesięciu tysięcy, jeśli ukończyła którąś z najbardziej renomowanych uczelni w kraju, a do tego ma zgrabną sylwetkę. W Stanach Zjednoczonych, gdzie ten rynek jest najbardziej otwarty i ma największy potencjał, dawczynie zamieszczają swoje profile w internecie, by klienci mogli dobrze je poznać. Każde dodatkowe sto punktów uzyskane na teście SAT[21] oznacza wzrost ceny komórek jajowych o trzy tysiące dwieście pięćdziesiąt dolarów za partię. Z drugiej strony, niewykształcona Ukrainka, nafaszerowana specjalnymi hormonami w Kijowie, a następnie przewieziona na Cypr,

poddana zabiegowi i odtransportowana z powrotem do domu bez żadnej opieki lekarskiej, dostanie zaledwie kilkaset dolarów.

Handel ludzkimi komórkami jajowymi rządzi się takimi samymi prawami jak każdy inny przemysł międzynarodowy i wykorzystuje różnice w prawodawstwie poszczególnych krajów, a także różnice w zarobkach, poglądach etycznych i standardzie życia. Według Europejskiego Towarzystwa Rozrodu Człowieka i Embriologii (European Society of Human Reproduction and Embryology) każdego roku ponad dwadzieścia pięć tysięcy mieszkańców Europy wyjeżdża za granicę, by poddać się leczeniu bezpłodności. Choć właściwie komercyjny rynek ludzkich komórek jajowych mógłby funkcjonować zgodnie z normami etycznymi, obecny międzynarodowy system handlu nakierowany jest na określone grupy dawczyń i dzieli kobiety na dwie grupy: te, które sprzedają tkankę, i te, które ją przyjmują.

W odróżnieniu od krwiodawstwa oddawanie komórek jajowych jest długim i bolesnym procesem, który wymaga co najmniej dwóch tygodni stymulacji hormonalnej, a potem chirurgicznego zabiegu usunięcia gamet. Podobnie jak przy sprzedaży nerki, nikt nie podejmuje takiej decyzji pochopnie. Dawczyni nie tylko musi poddać się poważnemu zabiegowi ze znieczuleniem, ale też naraża się na powikłania wywołane zastrzykami hormonalnymi, które mogą być bolesne, a w niektórych przypadkach nawet prowadzić do śmierci. Mimo to oddawanie komórek jajowych jest zjawiskiem coraz powszechniejszym, a rosnący popyt dalece przekracza podaż zapewnianą przez altruistyczne jednostki, które jedynie z dobroci serca oddają za darmo komórki obcym kobietom.

Poglądy dominujące w etyce lekarskiej uznają jednak altruistyczne oddawanie komórek jajowych za jedyny dopuszczalny standard, co stawia ciała nadzorujące w wyjątkowo trudnej sytuacji. Z jednej strony, władze USA i państw europejskich potrzebują dużej puli dawczyń, by wspierać i rozwijać system leczenia bezpłodności, z drugiej zaś – chcą, by system ten opierał się na postawie altruistycznej, negującej inne bodźce, które mogłyby zachęcić kobiety do oddawania komórek.

Jeśli chodzi o te bodźce, to pojęcia „rekompensata” i „zapłata” właściwie nie różnią się od siebie niczym prócz tego, że jedno oznacza mniejszą kwotę. Jak nietrudno się domyślić, te niższe kwoty stanowią zachętę dla najbiedniejszych lub najbardziej zdesperowanych ludzi. Pomimo najlepszych intencji organy nadzorujące w istocie dały klinikom płodności przyzwolenie na kupowanie ludzkiego surowca i pozwoliły, by ludzie związani z tym biznesem dorabiali się na cierpieniu – i macicach – najbiedniejszych. Prawie nigdy się nie zdarza, by naprawdę skorzystały na tym obie strony.

Cypr, od niedawna członek Unii Europejskiej, stanął na rozdrożu między uregulowaniem miejscowego rynku ludzkich komórek jajowych za pomocą surowszego prawa, które zmniejszy podaż komórek, a liberalizacją handlu i otwarciem drzwi dla dużych pieniędzy i dużej puli dawców. Już teraz kliniki płodności w państwach europejskich nienależących do Unii, takich jak Rosja czy Ukraina, reklamują swoje usługi na rynku międzynarodowym, ale właśnie z uwagi na brak unijnego „znaku jakości” mało kto wybiera się tam na leczenie. W krajach jeszcze odleglejszych, takich jak Indie, również nie ma żadnego problemu ze znalezieniem dawczyń. Cypr to idealne miejsce na rozwijanie biznesu związanego z handlem komórkami jajowymi, zarówno ze względu na brak jednoznacznych uregulowań prawnych, jak i na usługi medyczne wysokiej jakości (oraz białe dzieci).

Cypr ma więcej klinik płodności w przeliczeniu na liczbę mieszkańców niż jakikolwiek inny kraj na świecie, co czyni zeń jeden z kilku ośrodków, gdzie pozyskuje się najwięcej komórek jajowych. Wszystkie kliniki – te z koncesją i te bez niej – oferują szeroki zakres usług, nawet takich, które gdzie indziej są zakazane, jak wybór płci. Tutejszy przemysł leczenia niepłodności łączy szary rynek podejrzanych transakcji finansowych z komercjalizacją ludzkiej tkanki. Przyjeżdżają tu ludzie z Izraela, z Europy, z całego świata. Pary, które chcą mieć dziecko, znajdą tu pomoc po obniżonej cenie, a biedne kobiety znajdą chętnych na swoje komórki jajowe. Cypr to targowisko komórek, które zbija kapitał na obu stronach równania podaż–popyt. Umiędzynarodowienie tego handlu sprawiło, że praktycznie nie ma tu mowy o żadnym nadzorze.

Glenn McGee, redaktor naczelny czasopisma „American Journal of Bioethics", napisał do mnie w mailu:

> Najagresywniejszymi klinikami płodności zarządzają podejrzani ludzie, którzy działają w majestacie prawa. Nie przejmują się wcale tym, że takie czy inne stowarzyszenie krajowe czy międzynarodowe pozbawi ich członkostwa. Instytucje nadzorujące są bezsilne. Okręgowe i państwowe organizacje lekarskie interesują się tymi kwestiami tylko wtedy, gdy dopatrzą się w nich jakiegoś związku z aborcją. Na poziomie międzynarodowym rola Cypru jako ośrodka leczenia niepłodności budzi wiele wątpliwości. […] Cypr jest przygotowany do odgrywania tej roli w takim samym stopniu, w jakim Korea Południowa była gotowa do prowadzenia badań nad embrionalnymi komórkami macierzystymi.

Cypryjscy lekarze pokroju doktora Trokoudesa gotowi byli przesuwać granice medycyny, odkąd tylko zaczęli prowadzić swoje kliniki. Czasami przesuwają je za daleko. Przyjrzyjmy się na przykład ośrodkowi o szumnej nazwie Międzynarodowe Centrum Zapłodnienia In Vitro i Diagnostyki Preimplantacyjnej (International IVF&PGD Centre), który był przedmiotem wielu publikacji demaskatorskich i śledztw policyjnych. Klinika powstała w 1996 roku głównie z myślą o obywatelkach Izraela, które chciały się tu poddać zabiegowi sztucznego zapłodnienia, po tym jak w ich ojczyźnie zakazano płatnego oddawania komórek jajowych. Siedziba kliniki, którą miejscowi nazywają Petra, znajduje się przy rzadko uczęszczanej nadbrzeżnej drodze, łączącej osady rybackie Zygi i Maroni. W wietrzne zimowe dni, gdy zimny, słony wiatr od morza smaga zapuszczony ośrodek, nie wydaje się, by było to najlepsze miejsce na rozpoczęcie życia.

Poprzedniego dnia rozmawiałem przez telefon z Olegiem Werlińskim, synem nieżyjącego już właściciela kliniki Jurija Werlińskiego, który założył ją jako filię Instytutu Genetyki Rozrodu (Reproductive Genetics Institute) z siedzibą w Chicago. Jurij zmarł w 2009 roku, a ośrodek wciąż jest przedmiotem postępowania spadkowego, ale przynajmniej na razie Oleg prowadzi również działalność w Turcji, Rosji, na Karaibach i w Stanach Zjednoczonych. Podczas krótkiej rozmowy telefonicznej poinformował mnie, że zasadniczo Petra nie jest kliniką leczenia niepłodności, lecz oferuje usługi związane z tą gałęzią medycyny, między innymi pozyskiwanie komórek jajowych. Powiedział mi, że nie będę mógł odwiedzić tego ośrodka i że leczy się w nim niemal wyłącznie rzadkie choroby krwi.

Zaskoczyła mnie ta informacja, bo na stronie internetowej kliniki można znaleźć coś zupełnie innego. Na przykład na początku lutego 2010 roku znalazła się tam lista dawczyń komórek jajowych, na której widniało mnóstwo nazwisk rosyjskich i ukraińskich. Kobiety te otrzymują hormony w ośrodkach położonych w swoich ojczystych krajach, potem przylatują na Cypr, gdzie oddają komórki jajowe, po czym zaledwie po dwóch lub trzech dniach wracają do domu. Na stronie nie było co prawda zdjęć tych kobiet, ale każda z nich została szczegółowo opisana. Jeden z opisów brzmiał następująco:

Nr 17P, Ukrainka, wzrost: 175, waga: 59, grupa krwi: B+, kolor włosów: brązowe, wykształcenie: wyższe, zawód: artystka, wiek: 23, data przybycia: 2 lutego 2010, przypuszczalna data aspiracji: 5–7 lutego.

Choć turystyka medyczna w celu leczenia niepłodności oznacza zazwyczaj przewożenie pacjentów do miejsc, gdzie usługi są tańsze, Instytut Genetyki Rozrodu wykorzystuje Cypr jako dogodny punkt zborny, miejsce, do którego przylatują zarówno pacjenci z Izraela, Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy Włoch, jak i dawczynie z Rosji i Ukrainy. Oznacza to, że Cypryjczycy, nawet ci z miejscowości położonych najbliżej kliniki, być może nigdy się nie dowiedzą, co dzieje się za jej murami. Większość problemów związanych z dawczyniami pojawi się dopiero wtedy, gdy kobiety wrócą już do swoich ojczystych krajów.

Pomimo przestróg Werlińskiego jadę do Petry. Budynek o ścianach z czerwonej cegły, zdobionych krucyfiksami i gargulcami, przypomina odnowiony częściowo klasztor ze Starego Świata. Przyjmuje mnie rosyjska dyrektorka ośrodka Galina Iwanowina. Początkowo nie chciała ze mną rozmawiać, twierdząc, że dziennikarze umyślnie i niezgodnie z prawdą przedstawili klinikę w złym świetle. W ciągu kilku lat londyńskie gazety donosiły, że w Petrze celowo poddaje się dawczynie hiperstymulacji, by wytwarzały więcej komórek jajowych, co może być niebezpieczne dla ich zdrowia. Dzięki temu klinika mogła dzielić poszczególne partie między kilku klientów i mnożyć zyski przy każdym jajeczkowaniu. Jednak zwykle w dużych partiach komórki jajowe nie są najlepszej jakości, co zmniejsza szanse na udane zapłodnienie. Autor artykułu, który ukazał się w „Independent", donosił również, że ośrodek oferuje nielegalną procedurę wyboru płci. Z kolei tekst zamieszczony w „Guardianie" w 2006 roku opisywał powiązania Petry z grupą podejrzanych klinik w Moskwie i Kijowie.

Iwanowina wydaje się przytłoczona tymi zarzutami, zaszczuta. Zaciska nerwowo dłonie i mówi szeptem, że jeśli nawet Petra pozwalała sobie na handel ludzką tkanką nie do końca zgodny z prawem, to jest tak samo winna jak wszystkie inne kliniki na wyspie, a właściwie na całym świecie.

Mówi też, że kobiety, które przyjeżdżają do kliniki, „robią to tylko i wyłącznie z powodów ekonomicznych". Dostają około pięciuset dolarów za swój czas i za potencjalne ryzyko uszkodzenia ciała. Wszystkie dawczynie pochodzą z zagranicy. W ten sposób Iwanowina przyznaje się pośrednio do kupowania komórek, dodaje jednak, że zarzuty hiperstymulowania są nieprawdziwe i że co jakiś czas zdarza im się dzielić komórki między co najwyżej dwie klientki. Dawczynie dostają większość zastrzyków hormonalnych przed przyjazdem, a w Petrze jedynie pobiera się komórki. Personel medyczny Petry musi więc polegać na procedurach przygotowawczych stosowanych w zagranicznych klinikach. Iwanowina pamięta tylko jedną pacjentkę, która źle zareagowała na substancje hormonalne. „To był szok, natychmiast odesłaliśmy ją na leczenie do Nikozji".

Słyszałem już wcześniej o tym przypadku. Savvas Koundouros, embriolog, który kieruje kliniką Genesis w pobliskim Limassol, miał dyżur, gdy przywieziono dziewczynę. Była bliska śmierci.

– To, co tam robią, jest okropne. Doprowadzają te dziewczyny do choroby, a potem odsyłają je do domu, żeby zajęli się nimi ukraińscy lekarze – mówi.

Ponieważ klinika już od dwóch lat jest przedmiotem wielu ataków i podejrzeń, Iwanowina przygotowuje się na najgorsze. Zachowuje się tak, jakby oczekiwała, że lada moment do jej drzwi zapuka policja.

Nie musiała czekać długo. Trzy dni po mojej wizycie policja wkroczyła do kliniki Petra,

oskarżając jej personel o handel komórkami jajowymi. W czasie konferencji prasowej w Nikozji policjanci powiedzieli, że mają zeznania trzech kobiet, które przewożono z Ukrainy, by oddały tutaj swoje komórki jajowe, i że kobiety te otrzymywały za swoje usługi zapłatę, co jest niezgodne z prawem. Nie był to jednak oficjalny powód zamknięcia kliniki. Powodem tym był fakt, że pracujący tam lekarze mieli koncesję jedynie na leczenie choroby krwi zwanej talasemią, a nie na pobieranie komórek jajowych. Po tych wydarzeniach Werliński przyznał, że klinika Petra „miała być dużym ośrodkiem leczenia talasemii, ale podobne ośrodki medyczne otworzono w innych miejscach. Popyt był niewielki". „Poza tym zauważyliśmy, że ludzie chcą ludzkich komórek jajowych" – dodał. Klinika musiała przecież robić to, do czego została stworzona: zapewniać usługi, na które jest popyt.

Pozostawało jednak pytanie, dlaczego policja zdecydowała się skontrolować klinikę właśnie w tym momencie. W pewnym sensie Petra była idealnym celem. Należała do obcokrajowców i przeprowadzała implantację zarodków tylko u kobiet, które przylatywały z zagranicy, a więc wykluczała miejscowych pacjentów, zarówno jako dawców, jak i jako biorców komórek. Dziwna natura zarzutów, które objęły również biedne kobiety z Ukrainy, świadczy wyraźnie o tym, że chodziło o drażliwsze kwestie niż niewłaściwa koncesja, ograniczona jedynie do leczenia talasemii. Jedną z nich było pytanie, czy można dzielić oddawanie komórek jajowych między jurysdykcje różnych krajów, inną – ogólniejsze zagadnienie płacenia za tkankę i problem, co należy uznać za taką płatność. Zamknięcie Petry za nielegalne kupowanie komórek, a nie za biurokratyczne niedopatrzenie, postawiłoby w trudnej sytuacji inne cypryjskie kliniki, które mają podobny biznesplan. Jak zauważyła Iwanowina, problem nie ogranicza się tylko do Petry. Każdy embriolog na świecie musi sam rozstrzygnąć, którędy biegnie cienka linia oddzielająca rekompensatę od zapłaty. Jeśli nie można traktować ludzkiego ciała jak towaru, to skąd kliniki mają brać ludzki surowiec?

Jak sugeruje sama nazwa „dawca", czy też „dawczyni", najlepiej, by komórki jajowe pochodziły od kobiet, które oddają je bezinteresownie, z pobudek altruistycznych. Według prawa Unii Europejskiej kraje członkowskie, takie jak Cypr, muszą „dokładać starań", by zachęcić swych obywateli do dobrowolnego, bezpłatnego oddawania ludzkich oocytów, choć dozwolony jest zwrot utraconych zarobków i kosztów podróży. Unijna komisarz do spraw zdrowia Androulla Vassiliou zaznaczyła, że kluczowa jest tutaj kwestia, „gdzie państwa członkowskie stawiają granicę między zyskiem finansowymi i rekompensatą". Klienci i dostawcy bez trudu obchodzą całą tę sofistykę. „Dwa razy trudniej jest adoptować kota, niż pozyskać ludzką komórkę jajową" – napisał bioetyk Glenn McGee. Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2010 roku przez Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii, rocznie przeprowadza się dwadzieścia pięć tysięcy zabiegów pozyskania komórek jajowych na potrzeby europejskich turystów medycznych. Ponad pięćdziesiąt procent badanych podróżowało za granicę, by obejść prawo obowiązujące w ich ojczyźnie. Na Cyprze jest blisko siedemdziesiąt sześć tysięcy kobiet w wieku od osiemnastu do trzydziestu lat, które spełniają warunki konieczne do tego, by zostać dawczyniami komórek jajowych. Doktor Trokoudes ocenia, że co roku tysiąc pięćset z nich (czyli co pięćdziesiąta) sprzedaje swoje komórki. To oszałamiająca liczba. Dla porównania warto przypomnieć, że w Stanach Zjednoczonych na podobny zabieg decyduje się jedna na czternaście tysięcy potencjalnych dawczyń.

Być może jeszcze bardziej niepokojący jest fakt, że większość cypryjskich dawczyń należy do stosunkowo niewielkiej populacji biednych imigrantów z Europy Wschodniej, którzy gotowi są sprzedać swoją tkankę za jakąkolwiek cenę. Choć nie istnieją rządowe statystyki dotyczące liczby komórek jajowych oddawanych na Cyprze, wszystkie kliniki podkreślają, że dysponują dużą pulą dawczyń z Europy Wschodniej, gdyż dzięki ich jasnej skórze i dobremu wykształceniu łatwiej sprzedać komórki tych kobiet pacjentkom z Zachodu. Niektóre szacunki mówią o tym, że aż co czwarta spośród trzydziestu tysięcy Rosjanek, Ukrainek, Mołdawianek i Rumunek mieszkających na wyspie sprzedawała już swoje komórki jajowe.

Na ostatnich stronach rosyjskojęzycznego tygodnika można znaleźć wciśniętą między ogłoszenia o pracę propozycję dla dawczyń komórek jajowych. Treść anonsu jest bardzo prosta: „Potrzebne dawczynie komórek jajowych, które pomogą bezdzietnym rodzinom". Obok znajduje się numer telefonu do niewymienionej z nazwy kliniki. Każdy, kto czyta to ogłoszenie, wie, że zapłata jest częścią umowy.

Choć tego typu ogłoszenia są w cypryjskich mediach zjawiskiem powszechnym, wydaje się, że jest ich mniej niż jeszcze trzy czy cztery lata temu. Być może Cypr zbliża się po prostu do stanu nasycenia, to jest sytuacji, w której większość potencjalnych dawczyń została już zwerbowana i trudno znaleźć nowe. Aby poradzić sobie jakoś z tą trudnością, wiele klinik zatrudnia teraz werbowników, którzy wyszukują i nakłaniają do zabiegu potencjalne dawczynie. Natasza, która pracuje dla jednej z najbardziej znanych klinik płodności na Cyprze, zgodziła się ze mną spotkać i porozmawiać o tym, na czym polega jej praca, pod warunkiem że zmienię w książce jej imię.

Natasza mówi, że większość klinik woli rosyjskie dawczynie, bo zachodni klienci chcą, by ich dzieci miały jaśniejszą skórę. Kliniki na tym zyskują, gdyż jako imigrantki o ograniczonych możliwościach zdobycia pracy, Rosjanki chętniej – i taniej – sprzedają swoje komórki niż miejscowe kobiety. Natasza, która pochodzi z małej rosyjskiej wioski i przyjechała na Cypr piętnaście lat temu, opisuje typową dawczynię:

– Wiąże się z Cypryjczykiem, którego poznała w internecie. Przyjeżdża tu przekonana, że czeka ją dobre życie. Ale po dwóch albo trzech miesiącach zrywają ze sobą, a ona nie ma pracy, wizy, mieszkania ani pieniędzy. Rosjanom trudno zdobyć tutaj legalne dokumenty, a ona potrzebuje pieniędzy, i to szybko. Ma tylko swoje zdrowie i ewentualnie urodę.

Natasza mówi mi, że choć wyszukuje dawczynie od lat, nigdy nie spotkała kobiety, która oddawałaby swoje komórki jajowe dla powodu innego niż pieniądze. Opowiada, że przekonała jedną kobietę, która utknęła na Cyprze i przez miesiąc miała nocleg w jej mieszkaniu, by sprzedała swoje komórki w klinice.

– Kupiła za te pieniądze bilet lotniczy do domu.

Nawet lekarze biorą czasami udział w pozyskiwaniu nowych dawczyń. Carmen Pislaru, Rumunka, niegdyś tancerka cypryjskich i greckich kabaretów, wyznaje, że kiedy leżała w szpitalu po urodzeniu czwartego, nieplanowanego dziecka, lekarz, który pomógł jej zorganizować adopcję tego dziecka, spytał, czy nie chciałaby sprzedać swoich komórek jajowych.

– Wiedział, że byłam w rozpaczliwym położeniu – opowiada. – Nie miałam pieniędzy, żadnych środków, z których mogłabym utrzymać rodzinę.

Teraz zarabia na życie sprzątaniem domów, a na jej policzkach wciąż widnieją białe

szramy, ślad po ataku byłego kochanka, który rzucił się na nią z nożem.

Pislaru mówi, że natychmiast odrzuciła ofertę lekarza – dwa tysiące dolarów. Ten jednak przez następny miesiąc dzwonił do niej co tydzień w nadziei, że zmieniła decyzję. W końcu dał jej spokój, ale domagał się, by skontaktowała go z innymi kobietami, które mogłyby się zgodzić. Pislaru podała mu listę nazwisk, a kilka spośród jej znajomych przyjęło propozycję lekarza.

– Wiele kobiet sprzeda swoje komórki, żeby związać koniec z końcem – mówi. – Każda z nas jest czasem bezradna.

Peter Singer, profesor bioetyki z Uniwersytetu Princeton, nie uważa zagadnienia sprzedaży komórek jajowych za szczególnie problematyczne. „Nie sądzę, by handel wymienialnymi częściami ludzkiego ciała był gorszy niż handel ludzką pracą, którym zajmujemy się przecież przez cały czas. Podobne problemy z wyzyskiem pojawiają się, gdy firmy prowadzą działalność za granicą, ale zarazem pomagają biednym zarobić na życie" – pisze w mailu. „Nie znaczy to, że nie ma żadnych problemów – oczywiście są i właśnie dlatego prowadzenie takiej działalności otwarcie, w sposób uregulowany i nadzorowany byłoby lepsze niż czarny rynek".

W czasie gdy piszę tę książkę, cypryjski parlament rozważa wprowadzenie nowego prawa, które znacznie utrudniłoby handel komórkami jajowymi w obrębie kraju i wprowadziłoby nowe, surowe kary dla klinik otwarcie sprzedających i kupujących ludzką tkankę. Jednak najważniejsi embriolodzy starają się do tego nie dopuścić, w obawie, że naraziłoby to na sankcje całą społeczność medyczną.

Savvas Koundouros, cypryjski chirurg, który przyjął umierającą dawczynię z kliniki Petra, to jeden z najpopularniejszych ludzi na wyspie, cypryjski odpowiednik George'a Clooneya z *Ostrego dyżuru*. Mężczyźni poklepują go po plecach, kiedy go spotkają, kobiety całują w policzki. Ten przystojny embriolog zapłodnił więcej kobiet niż Czyngis-chan. Kiedy stoimy na patio na drugim piętrze jego supernowoczesnego centrum Genesis w śródmieściu Limassol, pytam go, jak nowe prawo może wpłynąć na proces wyszukiwania dawczyń komórek jajowych. Lekarz wzdycha ciężko i zapala papierosa.

– Tego, co naprawdę chciałbym ci powiedzieć, nie mogę ci powiedzieć – zaczyna.

Wszystkie kliniki płodności muszą zmagać się z tym samym dylematem etycznym.

– Oczywiście oddawanie komórek jest opisywane wszędzie jako działanie altruistyczne, a więc nieodpłatne. Ale wszystkim nam trudno sobie wyobrazić, że ktoś przyjmuje przez kilka tygodni tyle zastrzyków, a potem zostaje poddany narkozie tylko dlatego, że jest dobrym człowiekiem.

W przypadku Koundourosa stawka jest naprawdę wysoka: w ostatnich latach zainwestował ponad milion euro w stworzenie wielkiego dzieła – laboratorium *in vitro* ze śluzami sanitarnymi i trzema salami wypełnionymi nieprawdopodobnie drogim sprzętem. Ta inwestycja będzie miała sens tylko wtedy, gdy zapewni swoim klientkom stały dopływ komórek jajowych. Jeżeli Cypr zdecyduje się na model wyłącznie altruistycznego oddawania komórek i zniesie wszelkie płatności, być może nie będzie w stanie znaleźć żadnych dawczyń.

Spójrzmy na to, co stało się w Wielkiej Brytanii. W roku 2007 kraj przeszedł ze ścisłej czołówki rozwoju i dostępności technologii *in vitro* do martwej strefy tego przemysłu, gdy przyjęto prawo znoszące choćby minimalne rekompensaty dla dawczyń komórek jajowych.

Pula dawczyń, niegdyś całkiem spora, zmalała prawie do zera. Czas oczekiwania na komórki jajowe w Wielkiej Brytanii niemal natychmiast wydłużył się do dwóch lat – to okres bardzo długi dla kobiet, które chcą urodzić dziecko, nim przekroczą granicę wieku sprzyjającego bezpiecznej ciąży. Dlatego też Brytyjki, które potrzebują komórek jajowych, wyjeżdżają za granicę. A kliniki na Cyprze oferują kobietom pieniądze za ich komórki i nazywają to rekompensatą, a nie zapłatą. Do Genesis przychodzą całe tłumy dawczyń.

Ponieważ w różnych krajach obowiązują różne przepisy, większość klinik może przyciągać klientki, wykorzystując nieprecyzyjne prawo międzynarodowe. Jednak jeszcze ważniejsze od przepisów jest ryzyko związane z pobieraniem komórek jajowych. Dawczynie komórek mogą o tym nie wiedzieć, ale przy każdej kuracji hormonalnej ryzykują zdrowie i życie. U około trzech procent kobiet, które poddają się zapłodnieniu *in vitro*, występuje zespół hiperstymulacji jajników. Schorzenie to objawia się powiększeniem pęcherzyków jajnikowych w jajnikach, które wytwarzają zbyt dużo komórek jajowych. Jeśli lekarz nie zmniejszy w tej sytuacji dawek hormonu, może dojść do zagrożenia zdrowia, a nawet życia pacjentki, jak w przypadku Ukrainki, która omal nie zmarła w klinice Petra.

Kobiety o jajnikach wielotorbielowatych są szczególnie narażone na zespół hiperstymulacji, gdyż ich jajniki nieustannie znajdują się w stanie pobudzenia i są powiększone. Hormony skutecznie stymulują do działania jajniki, które wytwarzają o wiele więcej komórek jajowych niż zwykle. Lekarze pozyskujący komórki jajowe cenią kobiety o jajnikach wielotorbielowatych i obawiają się ich równocześnie, bo choć dostarczają wielu komórek, są też bardziej narażone na wystąpienie poważnych efektów ubocznych. Jednak dla niektórych klinik pokusa dodatkowych zysków jest na tyle duża, że gotowe są przesuwać granice bezpieczeństwa.

O takie właśnie postępowanie oskarżono izraelskiego lekarza Ziona Ben-Raphaela, który w latach 1996–1999 ryzykował zdrowie i życie nieświadomych niczego pacjentek. W jednym przypadku pobrał sto osiemdziesiąt jeden komórek jajowych od jednej dawczyni, podzielił je na mniejsze grupy i sprzedał trzydziestu czterem kobietom pragnącym zajść w ciążę. W ciągu trzech lat do szpitala trafiło aż trzynaście jego pacjentek, którym zaaplikował potężne dawki hormonów. Skandal został ujawniony przez gazetę „Haaertz", a wkrótce potem zakazano w Izraelu płatnego oddawania komórek jajowych. Zakaz ten sprawił, że pary marzące o potomstwie zaczęły wyjeżdżać za granicę, co z kolei przyczyniło się do rozwoju takich instytucji jak klinika Petra.

Był to tylko jeden z serii podobnych incydentów z udziałem izraelskich lekarzy. W lipcu 2009 roku policja aresztowała w Rumunii dwóch lekarzy z Izraela, którzy sprowadzali izraelskich turystów medycznych do Bukaresztu i tam dokonywali implantacji. Szesnastoletnia pracownica fabryki, która sprzedała im swoje komórki jajowe, trafiła potem do szpitala i omal nie zmarła.

O ile cypryjskie kliniki płodności przypominają czasami wysunięte placówki, o tyle podobne ośrodki w Hiszpanii należałoby przyrównać do niezdobytych fortec. Od połowy lat osiemdziesiątych Hiszpania jest głównym celem wypraw Europejek, które chcą poddać się zabiegowi sztucznego zapłodnienia. W siedzibie barcelońskiego Instytutu Marquèsa, czternastowiecznej powozowni położonej w jednej z najmodniejszych dzielnic miasta, łatwo zrozumieć, dlaczego Hiszpanie zbili fortunę na tym biznesie.

We wnętrzu budynku, za rozsuwanymi szklanymi drzwiami i śluzami sanitarnymi, znajdują się dwa laboratoria embriologiczne, gdzie kilkoro pracowników w niebieskich fartuchach i maskach higienicznych stara się zamienić romantyczne zjawisko poczęcia dziecka w naukowy proces. Kobieta wpatrzona w monitor komputera powiększa obraz wypełniony wijącymi się plemnikami i olbrzymią komórką jajową. Sięga do kontrolki na panelu sterowania i powoli przesuwa mikroskopijną igłę w stronę jednego z plemników. Gdy igła dociera już do celu, kobieta naciska guzik i wciąga plemnik do komory na obrzeżach monitora. Potem maleńki nóż obcina ogon męskiej komórki rozrodczej.

– Jeśli obetniemy ogon, materiał genetyczny łatwiej przedostanie się do zaimplantowanego jaja – wyjaśnia. Następnie, jakby dla zobrazowania swoich słów, przebija igłą ścianę komórki jajowej i wstrzykuje do środka materiał genetyczny. *Voilà!* Życie na zamówienie.

Ten zarodek, podobnie jak jego rodzeństwo, ma przed sobą dwie drogi. Dwa lub trzy najsilniejsze i najżywotniejsze zostaną zaimplantowane w brzuchu kobiety, która zapłaciła za usługi kliniki, podczas gdy pięć lub sześć dodatkowych trafi do ciekłego azotu, na wypadek gdyby pierwsza próba się nie powiodła. Tylko wtedy będą miały szansę, by przemienić się w coś bardziej znaczącego niż grupa komórek.

Jeśli któryś z nich zagnieździ się na dobre w macicy, wyrośnie z niego dziecko, które prawdopodobnie będzie wychowywać się w Wielkiej Brytanii. W 2009 roku Instytut Marquèsa otworzył swoją filię w Londynie, gdzie oferuje kompleksowe pakiety z pełną obsługą i gwarantowaną ciążą (trzy cykle zapłodnienia *in vitro*) za jedyne trzydzieści siedem tysięcy dolarów. Ponieważ każdy cykl to około trzydziestu procent szans na zajście w ciążę, sukces rzeczywiście jest niemal pewny.

Napływ klientek jest tak duży, że klinika nie czeka już z szukaniem dawczyń do momentu podpisania konkretnej umowy. Utrzymuje w pogotowiu stałą pulę kobiet, którym podaje hormony i pobiera od nich komórki jajowe. Innymi słowy, zaopatruje klientki w komórki, które są już dostępne w łańcuchu dostaw.

– Czasami tracimy komórki, jeśli przez jakiś czas nie mamy klientek, ale to ryzyko, na które jesteśmy przygotowani. Dzięki takiemu systemowi możemy zagwarantować stałą podaż komórek – mówi Joseph Oliveras, embriolog z kliniki. Inną zaletą takiego systemu jest bardzo krótki czas oczekiwania na zabieg. Na korzyść tego rozwiązania przemawia również fakt, że zgodnie z hiszpańskim prawem pacjentka nie ma żadnego wpływu na wybór dawczyni, od której otrzyma komórkę jajową. Decyzja należy tutaj wyłącznie do lekarza i uzależniona jest przede wszystkim od właściwości fenotypu, ale i od dostępności komórek.

Kliniki szukają dawczyń na hiszpańskich uniwersytetach i co jakiś czas zarzucają uczelnie ulotkami. Wyższe wykształcenie dawczyni podnosi atrakcyjność jej komórek jajowych, szczególnie jeśli poza tym klientka właściwie nic o niej nie wie. Jednakże znacznie pewniejszym i mniej znanym źródłem komórek jajowych – szczególnie w Hiszpanii, gdzie bezrobocie sięga niemal dwudziestu procent – są nielegalne imigrantki z Ameryki Południowej, które mają bardzo ograniczone możliwości zarobkowania.

– Większości klientek to nie przeszkadza – mówi Olivia Montuschi, współzałożycielka brytyjskiej organizacji Sieć Dawców Gamet (Donor Conception Network), pracującej z rodzinami, które poczęły dziecko, korzystając z obcego materiału genetycznego. (Córka i syn Montuschi zostali poczęci dzięki spermie dawcy, gdy okazało się, że jej mąż jest bezpłodny). –

Olbrzymia większość kobiet nie dba o to, skąd pochodzą komórki jajowe. Są tak przygnębione nieudanym leczeniem bezpłodności, że zrobią wszystko, byle tylko zajść w ciążę.

Nicole Rodriguez (pseudonim), chilijska imigrantka, mówi, że sprzedała swoje komórki jajowe wkrótce po przyjeździe do Hiszpanii.

– Nie byliśmy prostymi robotnikami, studiowaliśmy sztuki plastyczne, ale wtedy nie miałam jeszcze pozwolenia na pracę – opowiada. – Wydawało mi się, że to łatwy zarobek. – Dobrze wiedziała, na czym zależy klinikom. – Mam dość ciemną skórę, ale na szczęście przyjechałam tu w zimie i byłam wtedy wyjątkowo blada. Kiedy przyszłam do kliniki, spytali, jaki jest kolor mojej skóry. Nałożyłam też wtedy grubą warstwę makijażu, więc uznali, że jestem biała.

Śmieje się na wspomnienie pierwszego spotkania z werbownikiem z kliniki.

– Spytałam: Ile płacicie za komórki? A ta kobieta od razu mnie poprawiła: Ma pani na myśli oddanie komórek. Na co ja: Tak, przepraszam, oczywiście, za oddanie komórek.

Nicole zdecydowała, że podczas samego zabiegu pobrania podda się narkozie, a nie tylko znieczuleniu miejscowemu. Kiedy się obudziła, obok leżała koperta z gotówką.

– Wyglądało to tak, jakby rzucili pieniądze na łóżko po spotkaniu z prostytutką – mówi. Zarobiła tysiąc czterysta dolarów, co pozwoliło jej przeżyć kolejne cztery miesiące.

Claudia Sisti, była konsultantka i koordynatorka międzynarodowa w klinice Dexeus w Barcelonie, mówi, że doświadczenia wszystkich tych kobiet są do siebie bardzo podobne.

– Większość dawczyń pochodziła z Ameryki Łacińskiej, to był dla nich łatwy zarobek – opowiada. Niektóre dawczynie próbowały nawet uczynić z tego stałe źródło dochodów. – Znałam pewną Brazylijkę, która w ciągu roku sprzedała swoje komórki cztery albo pięć razy, a potem zachorowała. Była bardzo szczupła, ale zawsze ją przyjmowali.

Większość dawczyń, z którymi udało mi się skontaktować bez pośrednictwa klinik, opowiadała podobne historie.

Druga kobieta, Kika, imigrantka z Argentyny, wspomina, że gdy poszła oddać komórki, znalazła się w pokoju pełnym kobiet z Ameryki Południowej, które przyszły tam w tym samym celu.

– To nie były Hiszpanki, tylko imigrantki. Pomyślałam wtedy, że to coś typowego dla imigrantów, jedyny sposób na przetrwanie. – Nie wszystko jednak poszło po jej myśli. – Wszystkie komórki, które zebrali, były za duże. Lekarze postanowili przerwać kurację hormonalną. Zapłacili mi tylko połowę obiecanych pieniędzy, bo nie mogli zebrać pełnej puli komórek.

Zmniejszenie opłaty potwierdza tylko tezę, że nie była to rekompensata za czas i trud Kiki, ale za liczbę zebranych komórek jajowych.

Prawda jest taka, że bez względu na to, co twierdzą kliniki i lekarze, ludzkie komórki jajowe traktowane są jak zwykły towar i podobnie jak towar stanowią część łańcucha dostaw. Doskonaląc strategie werbowania dawczyń oraz sam proces zapładniania, tworzą nowy wzorzec handlu ludzką tkanką. W pewnym sensie obrót komórkami jajowymi pokazuje – wyraźniej nawet niż handel nerkami – jak szpitale będą traktować komercjalizację ludzkiej tkanki, jeśli świat zlikwiduje bariery ograniczające ten rynek.

– Technologia jest obecnie tak zaawansowana – mówi David Sher, założyciel i dyrektor szwajcarskiej firmy Elite IVF zajmującej się sztucznym zapłodnieniem – że jeśli klient

dostarczy nam spermę, możemy praktycznie odesłać mu dziecko kurierem.

Większość rodziców oczywiście nie opisałaby tej transakcji w tak chłodny i bezduszny sposób. Dla nich korzyści płynące z tego wciąż nieuregulowanego rynku są naprawdę cudowne.

Lavi Aron i Omer Shatzky to para homoseksualistów mieszkająca w Tel Awiwie. Ponieważ chcieli, by ich małżeństwo zostało uznane w Izraelu, w lutym 2008 pobrali się w Toronto. Spełnienie marzenia o posiadaniu dzieci wydawało się jednak nieosiągalne.

– Jako para gejowska praktycznie nie mamy tu szans na adopcję – mówi Aron. – Jedynym realnym wyjściem było wynajęcie matki zastępczej, ale te koszty…

Ich przyjaciele postawieni w podobnej sytuacji przekonali się, że koszty wynajęcia matki zastępczej i pozyskania komórek jajowych mogą przekroczyć trzysta tysięcy dolarów, a spory prawne ciągną się latami.

Tymczasem Elite IVF może pomóc tej parze w stosunkowo prosty sposób, jeśli tylko zdecyduje się ona na umiędzynarodowienie całego procesu. Podobnie jak firmy, które zajmują się wyszukiwaniem najtańszych połączeń i ofert linii lotniczych, co umożliwia podróżowanie najmniejszym możliwym kosztem, Sher szuka najtańszych i najprostszych rozwiązań prowadzących do poczęcia dziecka. W tym wypadku znalazł białą dawczynię komórek jajowych, która mieszkała w Meksyku i gotowa była oddać swoje komórki. W Meksyku nie ma jednak odpowiednich przepisów, które chroniłyby prawa przyszłych rodziców. Sher przewiózł więc zastępczą matkę ze Stanów Zjednoczonych do Meksyku, gdzie nastąpiła implantacja – jedna porcja plemników pochodziła od Arona, druga od Shatzky’ego. Bliźnięta urodziły się w listopadzie 2010 roku w Kalifornii, jako brat i siostra.

– Czuliśmy się tak, jakbyśmy wygrali wielki los na loterii – mówi Aron. – Genetycznie rzecz biorąc, jedno dziecko należy do niego, drugie do mnie. Ale są też rodzeństwem, bo pochodzą od tej samej dawczyni komórek jajowych. Nie moglibyśmy mieć lepszej rodziny: wszyscy są ze sobą spokrewnieni.

W ciągu kilku tygodni Aron i Shatzky zorganizowali adopcję obojga dzieci i sprowadzili je do Tel Awiwu. Całkowity koszt: sto dwadzieścia tysięcy dolarów.

Istnieje wiele firm, które prowadzą działalność podobną do Elite IVF. To właśnie częściowo za ich sprawą poczęcie i rodzenie dzieci zamieniło się w międzynarodowy, zindustrializowany proces, w którym dziecko jest jedynie produktem końcowym nieformalnej linii montażowej. Zdaniem Shera, który mieszka ze swoją żoną w Arizonie, tego rodzaju usługi są po prostu nieuniknionym skutkiem postępu naukowego, umożliwiającego przeniesienie prokreacji z sypialni do laboratorium. Podobnie jak klinika Petra i Instytut Marquèsa, Elite IVF oferuje swoim klientom tańszy dostęp do komórek jajowych i pełny zakres usług związanych z leczeniem bezpłodności, lecz w odróżnieniu od stacjonarnych instytucji działa na całym świecie, prowadząc własne biura i współpracując z klinikami w Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Izraelu, Rumunii, Meksyku, Stanach Zjednoczonych i na Cyprze. Sher planuje wkrótce rozszerzyć działalność na Turcję i wykorzystać wzrost popytu, który z pewnością nastąpi po tym, jak zakazano w tym kraju oddawania komórek jajowych.

Sher postrzega różnice w cenach i przepisach dotyczących komórek jajowych jako szansę na zmniejszenie kosztu surowców i usług, a tym samym obniżenie ceny. Oferuje swoim klientom praktycznie wszystkie usługi związane z płodnością, z jakich nie mogą skorzystać

w swojej ojczyźnie. Chcesz wybrać płeć, co w większości krajów jest nielegalne? Pomoże ci w tym meksykańska klinika. Jesteś za stara na zapłodnienie *in vitro* w Stanach Zjednoczonych? Załatwisz to na Cyprze.

Obecnie powiązana z Elite IVF sieć klinik, dawczyń komórek jajowych i matek zastępczych produkuje od dwustu do czterystu dzieci rocznie, pomagając w tworzeniu takich rodzin jak Arona i Shatzky'ego. A w przyszłości sprawa skomplikuje się jeszcze bardziej.

– Przyszłość to dzieci tworzone według określonego projektu – mówi Sher. Opisuje ofertę, którą otrzymał kiedyś od inwestora zainteresowanego współpracą z Elite IVF. – Matki zastępcze w Azji nosiłyby komórki jajowe „superdawczyń" z Ameryki, modelek z wysokim ilorazem inteligencji i dyplomami renomowanych uczelni, które dostałyby za swoje komórki sto tysięcy dolarów. Takie dzieci można by sprzedawać po milion dolarów za sztukę, najpierw przyjaciołom tego inwestora, a potem reszcie świata.

Sher odrzucił tę ofertę, ale uważa, że to tylko kwestia czasu, nim ktoś podąży w tym kierunku. Wówczas – kiedy sytuacja przybierze naprawdę dziwną formę – być może w końcu zaingerują władze. McGee, bioetyk, przewiduje, że „wkrótce zaczniemy sobie uświadamiać, jakie zagrożenia niesie ze sobą taki model prokreacji, w którym zupełnie obce i obojętne sobie osoby oraz trudne do namierzenia instytucje dokonują transakcji prowadzącej do stworzenia najważniejszego dzieła człowieka: nowego życia".

Na razie możemy zastanawiać się nad sytuacją Almy Hassiny i Yehonnatana Meira, dzieci kołyszących się na kolanach Arona i Shatzky'ego. Trudno opisać łączące ich relacje. Stworzone z komórek tej samej dawczyni, zapłodnione plemnikami różnych ojców i zrodzone z łona matki zastępczej, są równocześnie bliźniętami i rodzeństwem przyrodnim. Są również żywym świadectwem możliwości, jakie dają *in vitro* i globalizacja. Rodzice zrobią niemal wszystko dla dzieci takich jak one. Dawcy zrobią niemal wszystko za odpowiednią cenę.

6

Płatne przy odbiorze

Patrząc na jego zaniedbaną fasadę i surowe wnętrze, trudno się domyślić, że w tym różowym dwupiętrowym budynku, odległym o kilka przecznic od dworca kolejowego, mieści się najbardziej dochodowy ośrodek matek zastępczych w Indiach. Gdy Oprah Winfrey opisała w swoim programie klinikę leczenia niepłodności Akanksha w mieście Anand, mało znany dotąd zakład z dnia na dzień zdobył oszałamiający rozgłos. Klinika zapładnia komórki jajowe dawczyń, implantuje zarodki w macicach matek zastępczych, a po dziewięciu miesiącach odbiera poród zakontraktowanych dzieci, które rodzą się tutaj praktycznie co tydzień.

Od roku 2006 doktor Nayna Patel, założycielka Akankshy, stała się bohaterką dziesiątków egzaltowanych artykułów, nie mówiąc już o tym przełomowym programie telewizyjnym, w którym Oprah niemal ogłosiła Patel zbawczynią bezdzietnych par amerykańskiej klasy średniej i dała początek napływowi amerykańskich zarodków do kliniki. Opatrzone autografami zdjęcia pani Winfrey zdobią ściany kliniki, w której lista oczekujących liczy podobno kilkaset osób. Jak donoszą gazety, Akanksha co tydzień przyjmuje co najmniej kilkanaście nowych podań od potencjalnych klientów.

Lekarka w jaskrawym czerwono-pomarańczowym sari siedzi za potężnym biurkiem, które zajmuje mniej więcej jedną trzecią gabinetu. Z jej szyi, uszu i nadgarstków zwiesza się ciężka diamentowa biżuteria. Gestem zaprasza, bym usiadł w biurowym fotelu na kółkach, i obdarza mnie szerokim uśmiechem, uprzejmym i ostrożnym zarazem. Przyszedłem tutaj bez zapowiedzi, bo obawiałem się, że Patel nie zechce mnie przyjąć, jeśli zadzwonię do niej wcześniej – wychwalana dotąd klinika w ciągu kilku tygodni poprzedzających moją wizytę stała się przedmiotem serii krytycznych artykułów, głównie ze względu na kontrowersyjną praktykę zamykania wynajętych matek zastępczych w strzeżonych budynkach.

Pojawiły się również zarzuty, że Akanksha to nic innego jak fabryka dzieci.

– Świat będzie wytykał mnie palcami – mówi Patel, kiedy pytam ją o tę falę krytyki. – Ona będzie mnie wytykać, on będzie mnie wytykać. Nie muszę ciągle odpowiadać ludziom na te zarzuty.

Jakby na potwierdzenie tych słów przez kolejne dwadzieścia minut uprzejmie unika odpowiedzi na moje pytania, a gdy ponownie podejmuję temat zamkniętych ośrodków dla matek zastępczych, nagle wstaje i odprowadza mnie do drzwi. Jednak w mieście tak małym jak Anand można odnaleźć kobiety, których nie sięga czujne oko pani doktor.

Na spokojnej uliczce, odległej o jakieś dwa kilometry od kliniki, rządowy sklep wydaje dotowany ryż zubożałym klientom, którzy czekają cierpliwie w ogromnej kolejce. Po drugiej stronie ulicy stoi przysadzisty betonowy bungalow, otoczony betonowym murem z drutem kolczastym. Na teren posesji można się dostać tylko przez potężną żelazną bramę. Niegdyś policja przechowywała tu nielegalnie pędzony alkohol, skonfiskowany podczas nalotów w stylu tych z czasów amerykańskiej prohibicji (podobnie jak w całym stanie Gudżarat, w Anandzie obowiązuje zakaz handlu alkoholem i jego spożywania). Wszystkie te zabezpieczenia miały powstrzymać bimbrowników, którzy poczuliby pokusę odzyskania materiału dowodowego.

Teraz ten sam budynek pełni funkcję domu opieki dla matek zastępczych z Akankshy. Nie są

więźniarkami, ale nie mogą też po prostu wstać i wyjść. Mieszkające tu kobiety – wszystkie są zamężne i mają już co najmniej jedno dziecko – zamieniły wolność i wygodę na pracę w rozwijającym się dynamicznie przemyśle związanym z turystyką medyczną. Spędzą w zamknięciu cały okres ciąży. Przy bramie stoi umundurowany strażnik z bambusową laską w dłoni, który bacznie obserwuje, co dzieje się na terenie posesji. Wizyty członków rodziny są ograniczone do minimum, ale większości z nich i tak nie stać na podróż do tego miejsca.

Nie ma mowy o jakichś ćwiczeniach fizycznych na świeżym powietrzu, nawet o krótkim spacerze po okolicy. Kobiety mogą wyjść na zewnątrz tylko na umówioną wizytę w klinice lub gdy dysponują specjalnym pozwoleniem od swoich opiekunów. W zamian otrzymują sumę, którą w kontekście ich niskiego standardu życiowego należy uznać za niebagatelną, choć w rozumieniu zagranicznych klientów kliniki są to zwykłe ochłapy. Większość odbiorców pochodzi spoza Indii, a miejscowe pensjonaty nieustannie pełne są amerykańskich, brytyjskich, francuskich, japońskich i izraelskich turystów. W towarzystwie swojego tłumacza przechodzę na drugą stronę ulicy, a potem, uśmiechając się przyjaźnie do strażnika przy bramie, pewnym krokiem zmierzam do bungalowu. W głównej sali mieszkalnej leży około dwudziestu ciężarnych kobiet w szlafrokach. Rozmawiają ze sobą, posługując się mieszanką języka gudżarati, hindi i angielskiego. Wentylator pod sufitem leniwie rozgarnia wilgotne powietrze, a stojący w rogu telewizor – jedyne widoczne źródło rozrywki w tym miejscu – pokazuje hinduskie telenowele. W przestrzeni dominują łóżka na żelaznych ramach, które wypełniają niemal całą salę wielkości szkolnej klasy, stoją również na korytarzu i w pokojach na piętrze. Biorąc pod uwagę liczbę ludzi mieszkających w tym niewielkim budynku, panuje tu zadziwiający porządek. Każda z matek zastępczych ma tylko kilka drobiazgów, które prawdopodobnie zmieściłyby się w dziecięcym plecaku. W całkiem nieźle zaopatrzonej kuchni gospodyni, która pełni również funkcję pielęgniarki, przygotowuje posiłek złożony z chleba i warzyw przyprawianych curry.

Kobiety są mile zaskoczone niespodziewaną wizytą. Jedna z nich mówi, że biali ludzie rzadko się tutaj pojawiają. Klinika stara się jak najbardziej ograniczać kontakty między klientami i matkami zastępczymi, co zdaniem niektórych ułatwia później przekazanie dziecka.

Za pośrednictwem tłumacza mówię kobietom, że przyszedłem tutaj, by dowiedzieć się, jak wygląda ich życie w domu opieki. Diksha, bystra, energiczna kobieta w pierwszym trymestrze ciąży, mianuje się sama rzeczniczką swoich koleżanek, tłumacząc, że kiedyś była pielęgniarką w klinice. Przyjechała do Anandu w poszukiwaniu pracy, zostawiwszy w swym rodzinnym domu w Nepalu dwoje dzieci w wieku szkolnym. Po jakimś czasie doszła do wniosku, że jako matka zastępcza otrzyma tyle samo pieniędzy, ile zarobiłaby, pracując jako pielęgniarka na pełny etat. Ze zdobytych w ten sposób środków chce sfinansować naukę swoich dzieci.

– Tęsknimy za swoimi rodzinami, ale zdajemy sobie sprawę, że dzięki nam zyska rodzinę jakaś kobieta, która sama nie może jej stworzyć – mówi Diksha. Podobnie jak inne matki zastępcze dostaje pięćdziesiąt dolarów miesięcznie, pięćset pod koniec każdego trymestru, a pozostałą kwotę po urodzeniu dziecka.

W sumie matka zastępcza z kliniki Akanksha może zarobić od pięciu do sześciu tysięcy dolarów – nieco więcej, jeśli nosi bliźnięta lub trojaczki. (Dwie inne indyjskie kliniki matek zastępczych, które obsługują zagranicznych klientów, poinformowały mnie, że płacą od sześciu do siedmiu tysięcy). Jeśli kobieta poroni, zatrzymuje pieniądze, które otrzymała do tego

momentu. Gdyby jednak zdecydowała się na aborcję – kontrakt dopuszcza taką możliwość – musiałaby zwrócić klinice i klientowi wszystkie koszty. W żadnej z klinik, z którymi się kontaktowałem, nie odnotowano takiego przypadku.

Diksha jest jedyną spośród znanych mi matek zastępczych z Akankshy, która może się pochwalić jakimkolwiek wykształceniem. Większość kobiet pochodzi z terenów wiejskich – dla niektórych spotkania z nauczycielem angielskiego, którego Patel przysyła tu kilka razy w tygodniu, to pierwszy kontakt z czymś, co choćby w niewielkim stopniu przypomina szkolną edukację. Nie przyjechały tutaj jednak, by uczyć się angielskiego. Większość z nich dowiedziała się o klinice z ogłoszeń w lokalnych gazetach, które obiecywały gotówkę do ręki za ciążę.

Jeden z argumentów usprawiedliwiających zamykanie matek zastępczych w specjalnych ośrodkach – Akanksha nie jest jedyną kliniką, która to robi – głosi, że ułatwia to monitoring medyczny kobiet, a przy tym zapewnia im lepsze warunki życia niż te, które mają we własnych domach. Kristen Jordan, dwudziestosześcioletnia gospodyni domowa z Kalifornii, wybrała klinikę w Delhi, która zatrudnia wykształcone matki zastępcze i nie izoluje ich od otoczenia. Podjęła taką decyzję, dowiedziawszy się, że niektóre kliniki werbują „zasadniczo bardzo, bardzo biednych [ludzi], którzy robią to wyłącznie dla pieniędzy". Z kolei matki zastępcze z Akankshy mówią mi, że gdyby ludzie w ich rodzinnych stronach zobaczyli je w takim stanie, z pewnością stałyby się obiektem plotek. Mimo to nawet te kobiety, które przebywają w domu opieki dłużej niż Diksha, nie wydają się szczególnie zadowolone z takiego rozwiązania.

Siadam obok Bhavny. Jest już w zaawansowanej ciąży, ledwo mieści się w szlafroku. Nosi na szyi złoty medalion. Wygląda na starszą od pozostałych kobiet i na bardziej zmęczoną. Mówi, że to jej drugi pobyt w tym ośrodku w ciągu ostatnich dwóch lat. Nie licząc wyjazdów na badania, od trzech miesięcy praktycznie nie opuściła tego budynku, nie miała też żadnych gości. Ale pięć tysięcy dolarów to więcej, niż zarobiłaby w ciągu dziesięciu lat zwykłej pracy.

Pytam ją, co sądzi o całym tym doświadczeniu.

– Jeśli poronimy, nie dostajemy całej zapłaty. Nie podoba mi się to – mówi. Cieszy się jednak, że jest tutaj, a nie w drugim ośrodku kliniki, w miejscowości Nadijad, gdzie nie jest wcale miło. Kiedy pytam, co się stanie, gdy odda już dziecko, odpowiada, że cesarskie cięcie na pewno odbije się na jej zdrowiu.

– Zostanę tutaj jeszcze przez miesiąc, zanim będę miała dość sił, żeby wrócić do domu.

Żadna z matek zastępczych, z którymi rozmawiałem, nie spodziewała się tradycyjnego porodu. Choć uważa się, że w normalnych okolicznościach cesarskie cięcie stanowi większe zagrożenie dla zdrowia dziecka i zwiększa dwu-, trzy-, a nawet czterokrotnie prawdopodobieństwo śmierci kobiety podczas porodu, lekarze nader często korzystają z tej metody. Jest przecież znacznie szybsza niż poród tradycyjny, a poza tym można wtedy ustalić dokładny termin porodu.

Dołącza do nas druga kobieta, która ma ciemnobrązowe oczy i nosi luźną suknię haftowaną w różowe kwiaty. Pytam, czy nie obawiają się, że trudno im będzie oddać nowo narodzone dzieci.

– Może łatwiej będzie mi oddać to dziecko – mówi druga kobieta – kiedy zobaczę, że nie jest do mnie podobne.

Klinika nie obawia się problemów z przekazaniem dzieci rodzicom i uwikłania w przewlekły proces sądowy. Być może znacznie ważniejszym powodem, dla którego Akanksha tak uważnie pilnuje matek zastępczych, jest obawa, że niektóre z nich spróbują rozpocząć samodzielną działalność. W 2008 roku Rubina Mandal, była matka zastępcza, doszła do wniosku, że model biznesowy z Anandu można bardzo łatwo wykorzystać do oszustwa. Zaczęła więc udawać przedstawicielkę kliniki i nakłaniała amerykańskich klientów, by przesyłali jej pieniądze na poczet badań lekarskich.

Jak głosi ostrzeżenie zamieszczone na stronie internetowej Akankshy: „Pani Mandal nie jest lekarką, lecz oszustką. Wiadomo, że wprowadzała w błąd niewinne pary, więc kontaktując się z nią, należy zachować daleko idącą ostrożność. Co więcej, pani Mandal może używać nazwy naszej kliniki, aby oszukać kolejnych, nieświadomych zagrożenia klientów". Pod ostrzeżeniem widnieje czarno-białe zdjęcie Rubiny Mandal w naszyjniku i z nienagannie ułożoną fryzurą z przedziałkiem. Tego rodzaju oszustwa, choć wyjątkowo bezczelne, wydają się nieuniknione. Macierzyństwo zastępcze daje tak ogromne możliwości zarobku, że niektóre matki chcą uszczknąć dla siebie choć odrobinę więcej. Do tej pory Mandal nie została aresztowana.

Macierzyństwo zastępcze zostało zalegalizowane w Indiach w 2002 roku jako część kampanii promującej turystykę medyczną. Od roku 1991, kiedy to zaczęto wcielać w życie nową, prokapitalistyczną politykę państwa, do Indii napływa prywatny kapitał, z którego finansuje się budowę nowoczesnych szpitali przeznaczonych głównie dla obcokrajowców. Liczba turystów medycznych rośnie stale od momentu, gdy świat się dowiedział, że w Indiach można zatrudnić matkę zastępczą po niskiej cenie i bez zbędnej biurokracji. Klinika Patel pobiera od piętnastu do dwudziestu tysięcy dolarów za cały proces, od zapłodnienia *in vitro* po poród, podczas gdy w tych nielicznych stanach USA, gdzie dozwolone jest macierzyństwo zastępcze, ciąża i poród kosztują od pięćdziesięciu do stu tysięcy dolarów, przy czym ubezpieczenie zdrowotne rzadko pokrywa te koszty.

– Jedną z największych zalet indyjskich matek zastępczych jest to, że nie palą ani nie piją – dodaje Jordan, klientka kliniki w Delhi. Większość amerykańskich umów z matkami zastępczymi również zabrania palenia i picia, Jordan mówi jednak: – Bardziej wierzę na słowo ludziom w Indiach niż w Stanach.

Trudno zdobyć wiarygodne dane dotyczące tej kwestii, ale można bezpiecznie założyć, że co roku setki zachodnich klientów korzystają z usług indyjskich matek zastępczych. Od roku 2004 w samej tylko klinice Akanksha urodziło się dwieście trzydzieścioro dwoje dzieci. W roku 2008 klinika zatrudniała czterdzieści pięć matek zastępczych, a Patel mówi, że codziennie przychodzą do niej co najmniej trzy kobiety, które chciałyby podjąć taką pracę. W całych Indiach jest co najmniej trzysta pięćdziesiąt klinik płodności, trudno jednak powiedzieć, ile z nich oferuje usługę macierzyństwa zastępczego, bo rząd nie śledzi rozwoju tego przemysłu. Szpital Hiranandani w Bombaju, który prowadzi duży program macierzyństwa zastępczego, uczy lekarzy spoza własnego personelu, jak rozpoznawać i werbować obiecujące kandydatki. Na stronie internetowej szpitala znajduje się ogłoszenie skierowane do specjalistów leczenia niepłodności z całych Indii, którzy chcieliby skorzystać z systemu franchisingu i prowadzić własną praktykę w zakresie macierzyństwa zastępczego, korzystając przy tym ze wsparcia Hiranandani. Indyjska Rada Badań Medycznych (Indian Council of

Medical Research) – która pełni podobną funkcję jak amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration), tyle że ma znacznie mniejsze możliwości egzekwowania swoich zarządzeń – szacuje, że w roku 2012 turystyka medyczna, w tym ośrodki macierzyństwa zastępczego, może wygenerować dochód wysokości 2,3 miliarda dolarów.

– Macierzyństwo zastępcze to nowa adopcja – mówi doktor Anoop Gupta z Delhi, który specjalizuje się w leczeniu niepłodności.

Pomimo tak gwałtownego rozwoju macierzyństwo zastępcze nie jest prawnie uregulowane w Indiach. Nie istnieją oficjalne standardy traktowania matek zastępczych, a władze stanowe i federalne nie mają możliwości nadzorowania tej strefy usług. Choć takim klinikom jak Akanksha nie brakuje motywacji finansowej, by dbać o zdrowie płodu, nic nie powstrzymuje ich przed tym, by oszczędzać na płacy dla matek zastępczych czy też na opiece poporodowej, nikt też nie może zmusić ich, by zachowywały się odpowiednio, gdy stanie się coś złego.

Na przykład w maju 2009 młoda matka zastępcza o imieniu Easwari umarła po porodzie w Centrum Płodności Iswarya w mieście Kojambatur. Rok wcześniej jej mąż Murugan zobaczył w gazecie ogłoszenie ośrodka poszukującego matek zastępczych i nakłonił ją, by zarobiła w ten sposób dodatkowe pieniądze dla rodziny. Jako druga żona w poligamicznym małżeństwie nie mogła mu odmówić. Ciąża przebiegała bez zakłóceń, kobieta urodziła zdrowe dziecko, ale po porodzie zaczęła obficie krwawić, a klinika nie była przygotowana na tego rodzaju powikłania. Ponieważ personel kliniki nie był w stanie zatrzymać krwotoku, jej dyrekcja kazała Muruganowi wezwać karetkę z pobliskiego szpitala. Easwari zmarła w drodze.

Dziecko zostało przekazane klientce zgodnie z umową, a klinika zaprzeczała, jakoby dopuściła się jakichkolwiek uchybień. Jednak w skardze przekazanej policji Murugan sugerował, że klinika praktycznie zostawiła jego umierającą żonę na pastwę losu. Oficjalne śledztwo było bardzo pobieżne. Skontaktowałem się z kliniką mailowo, ale dopiero po pół roku udało mi się uzyskać odpowiedź. Lekarz z ośrodka napisał, że w przypadku Easwari doszło do „rozległych wewnątrznaczyniowych zaburzeń krzepnięcia krwi", gdyż główka dziecka była za duża. Lekarz, który przedstawił się jako Arun Muthuvel, dodał również, że zespół operacyjny nie był w stanie uratować życia pacjentki, choć zużył siedem butelek krwi i wezwał dodatkowych lekarzy. Pytanie, czy Easwari mogła przeżyć, pozostaje otwarte, a mogłoby na nie odpowiedzieć tylko szczegółowe śledztwo. Nikt jednak nie ma uprawnień do badania takich spraw, co oznacza, że w wypadkach błędów lekarskich pacjenci muszą uwierzyć na słowo szpitalom, twierdzącym, że wszystko odbyło się zgodnie z najwyższymi standardami. Obecnie indyjski parlament przygotowuje ustawę regulującą niektóre kwestie związane z macierzyństwem zastępczym. Projekt powinien być gotowy pod koniec roku 2011, ale nie wiadomo, jakie organy państwa będą odpowiadały za egzekwowanie tego prawa.

Prawdopodobnie funkcję nadzorczą pełniłyby w tym wypadku poszczególne stany, lecz gdy próbuję namówić któregokolwiek z urzędników na komentarz dotyczący tego, które ministerstwo mogłoby kontrolować kliniki płodności, wciąż jestem odsyłany od Annasza do Kajfasza. Dopiero po sześciu wizytach w różnych urzędach w centrum biurokratycznym stanu Gudżarat i po telefonach do trzech różnych ministerstw udaje mi się uzyskać cząstkową odpowiedź.

– Na poziomie stanu nikt nie zajmuje się macierzyństwem zastępczym – mówi podczas krótkiego wywiadu Sunil Avasia, zastępca dyrektora departamentu usług medycznych stanu Gudżarat.

Pełna dowolność panuje też w kwestii norm etycznych. Prawo nie ma tu nic do rzeczy.

– Nie istnieją żadne zasady. – To wszystko, co Avasia ma do powiedzenia na ten temat. – Może powinien pan porozmawiać z moim szefem – sugeruje.

Tyle że jego szef nigdy nie odpowiedział na moje telefony. Nikt też nie próbował uregulować zasad zastępczego macierzyństwa po stronie klientów. Jeśli tylko noworodek urodzony przez matkę zastępczą ma oficjalne pozwolenie na wyjazd z kraju, zdobycie amerykańskiego paszportu dla takiego dziecka nie stanowi żadnego problemu.

Z punktu widzenia klientów system stosowany przez Patel jest swego rodzaju polisą ubezpieczeniową.

– Kiedy lekarze powiedzieli mi, że mogą znaleźć kogoś w Stockton w Kalifornii, pomyślałam, że nie wiem przecież, co ta kobieta je, co robi. Martwiłabym się tym, w jakim mieszka środowisku – mówi Ester Cohen, czterdziestolatka z Berkeley, która prowadzi wraz z mężem firmę cateringową, a w weekendy uczy dzieci żydowskiej etyki. – Tutaj wszystko zorganizowane jest tak, żeby jedynym celem matki zastępczej było urodzenie zdrowego dziecka.

Spotykam się z Cohen na korytarzu hotelu Laksh, w którym mieszkają klienci Akankshy. Dla wielu z nich podróż do Indii jest ostatnim etapem kosztownych i wyczerpujących emocjonalnie starań o własne dziecko – ostatnim, najlepszym rozwiązaniem po serii nieudanych terapii bezpłodności. Cohen przez długie lata próbowała zajść w ciążę, aż w końcu po szczegółowych badaniach dowiedziała się, że nigdy jej się to nie uda. Adopcja jej nie odpowiadała. Potem przeczytała artykuł o Patel i od razu wiedziała, że chce pojechać do Anandu.

– Pieniądze oczywiście odgrywały ważną rolę, ale chodziło raczej o wewnętrzne przekonanie – wyjaśnia. – Właśnie tu powinnam była przyjechać.

Cohen i jej mąż postanowili zachować to przedsięwzięcie w tajemnicy przed przyjaciółmi i rodziną – przynajmniej do czasu, gdy wrócą z dzieckiem do domu.

W Stanach Zjednoczonych matka zastępcza i jej klientka muszą się dobrze poznać, nim stawią się w klinice płodności, lecz tu nikt nie stosuje podobnych zasad. Cohen spotkała Saroj, zastępczą matkę swego dziecka, tylko raz, kilka minut po tym, jak komórki jajowe dawczyni zapłodnione plemnikami jej męża zostały zaimplantowane w macicy Hinduski. Stało się to dziewięć miesięcy temu. Cohen wróciła do Anandu przed trzema dniami, ale nie odwiedziła Saroj.

– Klinika nie chce, żebyśmy się ze sobą spotykały – mówi Cohen. – W ten sposób daje jasno do zrozumienia, na czym polega zadanie Saroj: jest naczyniem.

Ale tu właśnie etos komercyjnego macierzyństwa zastępczego staje się nieco zagmatwany. Cohen dodaje szybko, że Saroj daje jej jeden z najcenniejszych darów, jaki człowiek może przekazać innemu człowiekowi.

– Żadna kobieta nie może tu rodzić jako matka zastępcza więcej niż dwa razy, bo klinika nie chce traktować ich tylko jako naczyń – zaznacza. – To nie powinna być praca.

Jak więc to traktować? Oprah pokazała w swoim programie Jennifer i Kendalla,

bezdzietną parę, która próbowała już wszystkich innych metod, a nie mogła sobie pozwolić na wynajęcie matki zastępczej w USA. Dzięki pomocy Patel Jennifer została mamą, a Hinduska wydobyła się z biedy – była to więc po części zwykła transakcja biznesowa, a po części wyraz solidarności kobiet. W ten sposób stara się przedstawiać macierzyństwo zastępcze także klinika, utrzymując, że kobiety wynajmują swoje macice z poczucia wspólnej odpowiedzialności, a nie tylko dlatego że potrzebują pieniędzy.

•

Przy kawie za osiem dolarów, kupionej w eleganckim hotelu, Amit Karkhanis, jeden z czołowych bombajskich prawników zajmujących się macierzyństwem zastępczym, tłumaczy, że ten język altruizmu daje klinikom przewagę w negocjacjach płacowych. Z drugiej strony, umowy podpisywane przez ośrodek medyczny, klienta i matkę zastępczą nie określają dokładnie rodzaju świadczonej usługi.

– Czy to praca, czy działalność charytatywna? – pyta retorycznie Karkhanis, unosząc brew, po czym wyraża swój pogląd na tę sprawę: – Macierzyństwo zastępcze jest rodzajem zatrudnienia, to proste i oczywiste. Cudzoziemcy nie przyjeżdżają tutaj z miłości do Indii. Robią to, żeby zaoszczędzić.

A skoro macierzyństwo zastępcze jest pracą, to dlaczego kobiety nie otrzymują stawek rynkowych za czas spędzony w szpitalu?

Choć zarówno koszty utrzymania, jak i zdolność zarobkowa są w Indiach znacznie niższe niż w Stanach Zjednoczonych, można przynajmniej porównać stosunek zarobków matek zastępczych i klinik po obu stronach globu: amerykańska matka zastępcza zwykle dostaje od połowy do trzech czwartych sumy wpłaconej przez klientów, podczas gdy kobiety z Akankshy otrzymują od jednej czwartej do jednej trzeciej tej kwoty. Prawniczka Usha Smerdon, która prowadzi Ethicę, amerykańską organizację dążącą do reformy prawa adopcyjnego, napisała do mnie w mailu:

> Macierzyństwo zastępcze jest formą pracy, ale to praca oparta na wyzysku, podobna do pracy dzieci i zakładów korzystających z taniej siły roboczej, napędzanych przez zachodni konsumpcjonizm. […] Zdecydowanie nie zgadzam się z twierdzeniem, że w tym skomplikowanym układzie zależności finansowych matki zastępcze oferują swoje usługi całkiem dobrowolnie i że kiedy motywem jest zarobek, szpitale postępują całkiem uczciwie.

Poza Indiami niewiele państw – między innymi Stany Zjednoczone, Kanada, Izrael i Gruzja – zezwala na płatne macierzyństwo zastępcze, przy czym w większości z nich możliwość ta obwarowana jest precyzyjnymi przepisami. We Francji nie można świadczyć takiej usługi nawet za darmo, a żaden kraj, w tym również Indie, nie uznaje macierzyństwa zastępczego za legalną formę zatrudnienia. W USA decyduje o tym prawo stanowe: osiem stanów uznaje takie usługi i wspiera je, stosując równocześnie odpowiednie formy ochrony zdrowia i doradztwo dla matek zastępczych. W sześciu stanach jest to całkowicie zabronione. Pozostałe albo uznały umowy o macierzyństwo zastępcze za martwe, zostawiły tę sprawę decyzji sądów lub całkowicie ją zignorowały. Indyjska Rada Badań Medycznych opracowała wytyczne odnoszące się do macierzyństwa zastępczego. Ostrzega w nich przed praktykami, które stosuje się powszechnie w Anandzie i gdzie indziej, takimi jak dopuszczanie klinik do pośrednictwa między stronami transakcji. Lecz te nieobligatoryjne zasady, uważane za punkt wyjścia do prawa ogólnokrajowego, pomijają inne oczywiste kwestie etyczne, choćby takie jak zmuszanie matek zastępczych do porodu przez cesarskie cięcie albo trzymanie kobiet w zamknięciu, pod ścisłą obserwacją lekarską, co może być traktowane jako pogwałcenie

fundamentalnego prawa wolności osobistej.

Jeszcze inne problemy wiążą się z samą implantacją. Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu zaleca lekarzom, by przy każdej próbie implantowali matce zastępczej – młodej, zdrowej kobiecie – tylko jeden embrion, a już na pewno nie więcej niż dwa. Indyjskie wytyczne rekomendują co najwyżej trzy zarodki. Tymczasem w klinice Patel rutynowo implantuje się aż pięć embrionów przy jednej próbie. Wykorzystywanie kilku embrionów zwiększa szanse powodzenia, ale prowadzi też do porodów mnogich, znacznie ryzykowniejszych dla kobiety. Często są to porody przedwczesne (przez cesarskie cięcie), a dzieci pochodzące z takich ciąż narażone są na poważne problemy zdrowotne. Choć trudno zweryfikować te dane, klinika Akanksha utrzymuje, że czterdzieści cztery procent prób wywołania ciąży kończy się sukcesem (wartość zbliżona do wyników innych indyjskich klinik), podczas gdy w USA odsetek ten wynosi trzydzieści jeden procent. Kilka matek zastępczych, które poznałem w Anandzie, nosiło bliźnięta. Gdy w macicy zagnieżdżą się trzy zarodki – lub więcej – w Akankshy usuwa się część z nich, często nie pytając przy tym o zgodę ani przyszłych rodziców, ani matki zastępczej.

Jak już wspomniałem, indyjskie wytyczne nie poruszają również kwestii trzymania matek zastępczych w zamknięciu. Zdaniem Karkhanisa taka praktyka jest nielegalna.

– Model z Anandu jest pełen wad – mówi. – Przetrzymywanie matek zastępczych w ten sposób jest przestępstwem w świetle indyjskiego prawa karnego.

Chociaż wytyczne stwierdzają jasno, że „odpowiedzialność za wyszukanie matki zastępczej, poprzez ogłoszenia czy w inny sposób, powinna spoczywać na przyszłych rodzicach”, Akanksha szuka odpowiednich kobiet poprzez ogłoszenia w lokalnej prasie, a wiele szpitali zareagowało na rosnący popyt, zatrudniając werbowników.

W imponującym bombajskim szpitalu Hiranandani lekarz Kedar Ganla przedstawia mnie wychudzonej kobiecie, która jest jego bezpośrednim łącznikiem ze slumsami. Czterdziestoletnia Chaya Pagari – „pracownik opieki społecznej i medycznej”, jak nazywa ją Ganla – siedzi wyraźnie onieśmielona w jego gabinecie i z wahaniem odpowiada na moje pytania. Biorąc pod uwagę jej skromne dokonania zawodowe, należałoby ją raczej nazwać „werbownikiem”. Ganla płaci Pagari siedemdziesiąt pięć tysięcy rupii (około tysiąca dziewięciuset dolarów) za każdą matkę zastępczą, którą zaakceptuje. Pagari mówi mi, że w tym roku przyjął już trzy, co oznacza, że sama zarabia więcej niż kobiety, które werbuje.

– My, pośrednicy, ciągle rywalizujemy ze sobą o kandydatki – przyznaje.

Doktor Anoop Gupta ma nieco inne podejście. Prowadzi Delhi-IVF, klinikę, w której poznałem klientkę z Kalifornii, Kristen Jordan. Poczekalnia doktora Gupty pełna jest rozgadanych pacjentek. Spartańsko urządzona Akanksha wypada w zestawieniu z tym miejscem jak noc w porównaniu z dniem. Wyłożone drewnem ściany pomieszczenia i podświetlone jasno akwarium dają poczucie bezpieczeństwa i przytulności, którego zwykle brakuje w indyjskich instytucjach medycznych.

Doktor Gupta, ubrany w zielony kitel i siatkę na włosy, jest nieustannie zajęty i nie ma zbyt wiele czasu, by odpowiadać na moje pytania. Chcąc nie chcąc, obserwuję więc niekończący się strumień pacjentów, którzy przybyli do niego z miejsc tak odległych jak Irlandia czy Kalifornia i tak bliskich jak domy położone kilka przecznic dalej. Choć większość z nich poddaje się tu rutynowemu leczeniu bezpłodności, Gupta opłaca w tym miesiącu co najmniej

siedem matek zastępczych.

– W Indiach rząd utrudnia przeprowadzenie adopcji, podczas gdy poczęcie i urodzenie dziecka o własnym materiale genetycznym, za pośrednictwem matki zastępczej, jest legalne i łatwe – mówi lekarz, nakładając żel na łopatki ultrasonografu[22].

W jego mniemaniu jedynym utrudnieniem jest znalezienie matki zastępczej, którą nie kieruje desperacja. Tym zajmuje się Seema Jindal, jego koordynatorka medyczna, która jest licencjonowaną pracownicą opieki społecznej i pielęgniarką zatrudnioną w klinice. Jej metoda werbunku ma zabarwienie ewangeliczne.

– Pytam niemal każdą kobietę, którą spotykam na gruncie towarzyskim, czy myślała kiedyś o macierzyństwie zastępczym.

Jindal skupia się na kobietach, które skończyły studia i są na tyle zamożne, by nie traktować pieniędzy z kliniki jako jedynego sposobu zaspokojenia podstawowych potrzeb.

– Gdyby było inaczej, skąd mogłyby wiedzieć, czy nie są wyzyskiwane? – pyta.

Jindal wyznaje, że kilka miesięcy przed naszą rozmową pojechała pociągiem do stanu Gudżarat i obejrzała klinikę Patel, zarówno po to, by skorzystać z dobrych pomysłów w działalności Delhi-IVF, jak i po to, by przekonać się, jakie są jej wady. Jej zdaniem kobiety przetrzymywane w zamknięciu traktowane są właściwie jak bydło. Przez całą ciążę robią tylko trzy rzeczy.

– Siedzą, rozmawiają i śpią. Tak nie może być.

Jedna z kobiet zwerbowanych przez Jindal, trzydziestodwuletnia pracownica opieki społecznej Sanju Rana, przyszła właśnie na badanie ultrasonografem. W odróżnieniu od matek zastępczych zatrudnianych przez Patel, Rana ma wyższe wykształcenie i zamierza normalnie pracować w czasie ciąży. Obiecano jej siedem i pół tysiąca dolarów za jej usługi, a w razie potrzeby może dzwonić bezpośrednio do doktora Gupty. Podczas badania Rana, która ma już dwójkę dzieci, dowiaduje się ku swemu zaskoczeniu, że nosi bliźnięta. Zdradza mi, że trochę się tym martwi, ale prawdopodobnie donosi je do terminu.

– To dobrzy ludzie i tak długo nie mieli dzieci – mówi o amerykańskiej parze, która ją wynajęła.

Jak każdy inny rodzaj handlu ludzką tkanką, macierzyństwo zastępcze łączy w sobie altruizm i humanistyczne ideały ze zwykłym zarobkiem i zwiększaniem zyskowności przemysłu medycznego. Rozszerzenie rynku macierzyństwa zastępczego na Indie z pewnością otwiera wielu kobietom z Zachodu dostęp do procedury medycznej, na którą inaczej nie byłoby ich stać. Wcześniej tylko amerykańska klasa wyższa mogła sobie pozwolić na wynajęcie matki zastępczej, teraz taka usługa jest niemal w zasięgu klasy średniej. Macierzyństwo zastępcze zawsze wiązało się z wieloma kwestiami natury etycznej, ale obecnie, ze względu na rosnącą skalę tej strefy usług, ich rozwiązanie stało się sprawą naglącą. Do otwarcia szykują się kolejne setki nowych klinik płodności, a ekonomika rynku macierzyństwa zastępczego rozwija się szybciej niż nasze rozumienie konsekwencji tego zjawiska.

Czerwony rynek nowych dzieci obejmuje podejrzane praktyki dotyczące adopcji, oddawania komórek jajowych i macierzyństwa zastępczego. Wszystkie te trzy gałęzie wiąże jedno bardzo ludzkie pragnienie rozmnażania się i stworzenia szczęśliwej rodziny. Jako klienci przyszli rodzice często nie zdają sobie sprawy ze złożoności łańcucha dostaw i mogą nieumyślnie wejść na niebezpieczny obszar. Wszystkie te trzy rodzaje rynku dzieci rozwijają

się w niespotykanym tempie, co sprawia, że kupno dziecka na czerwonym rynku jest łatwiejsze niż kiedykolwiek dotąd.

Ester Cohen nie jest już bezdzietna. W ciągu pięciu tygodni, które upłynęły od naszego spotkania w Anandzie, jej nowo narodzone dziecko uzyskało status obywatela USA, o czym świadczy dokument zezwolenia na wyjazd wystawiony przez indyjski rząd i lśniący niebiesko-srebrny paszport. Cohen zamieniła w tym czasie smog i chaos Anandu na spokój North Berkeley, gdzie musiała się w końcu zmierzyć z trudnościami macierzyństwa.

Małe mieszkanie, które dzieli ze swoim mężem Adamem, wydaje się teraz zbyt ciasne, szykują się więc do przeprowadzki. Elektryczne pianino, na którym Adam grał niegdyś codziennie, stoi teraz bezużytecznie w rogu pokoju zdominowanego przez łóżeczko i różne artykuły dziecięce. Podczas naszej rozmowy Cohen kołysze na kolanie Danielle, zdrową niebieskooką dziewczynkę.

– Wydaje się, jakby od naszego pobytu w Indiach upłynęło już tysiąc lat – mówi. – Ale jesteśmy ogromnie wdzięczni za to, co dała nam Saroj.

Choć Saroj miała nadzieję, że urodzi tradycyjnie, klinika zdecydowała się na cesarskie cięcie.

– Widziałam w jej oczach wielkie napięcie – wyznaje Cohen, wspominając moment przekazania dziecka. – To było dla niej trudne, naprawdę zależało jej na Danielle.

W końcu jednak dziecko pojechało do domu ze swoją matką.

7

Krew i pieniądze

Kilka dni przed hinduistycznym świętem Holi wychudzony mężczyzna o podkrążonych oczach, szarej skórze i rękach poznaczonych dziesiątkami śladów po ukłuciach igłą podszedł do grupy rolników popijających herbatę w przygranicznym indyjskim mieście Gorakhpur. Miejsce to jest pierwszym przystankiem dla tysięcy uchodźców napływających z Nepalu, kraju jeszcze biedniejszego od Indii. Przez lata rolnicy zobojętnieli na poruszające opowieści uchodźców, a jeszcze mniej zrozumienia znajdowali u nich żebrzący narkomani. Początkowo zignorowali więc mężczyznę, który prosił ich o pieniądze na bilet autobusowy. Przybysz nie dawał jednak za wygraną. Powiedział, że nie jest uchodźcą. Uciekł z prowizorycznego więzienia, w którym przemocą pobierano mu krew przeznaczoną na sprzedaż. Kiedy już rolnicy otrząsnęli się ze zdumienia, wezwali policję.

Okazało się, że przez ostatnie trzy lata mężczyzna był więziony w baraku z cegieł i blachy, odległym zaledwie o kilka minut marszu od knajpki, w której rolnicy pili herbatę. Ślady po ukłuciach na jego rękach nie były świadectwem uzależnienia od heroiny – znaczyły miejsca, gdzie bezwzględny współczesny wampir, a także szanowany właściciel gospodarstwa mlecznego i sporej posiadłości ziemskiej, niejaki Papu Yadhav, przebijał jego skórę igłą strzykawki do pobierania krwi. Więził swoją ofiarę, kradł jej krew i sprzedawał bankom krwi. Nieszczęśnikowi udało się uciec, kiedy Yadhav zapomniał zamknąć za sobą drzwi.

Wychudzony mężczyzna zaprowadził policję do miejsca, które przez ostatnie trzy lata było jego więzieniem – skleconej w pośpiechu szopy, wciśniętej między betonowy dom Papu Yadhava i oborę. Żelazne drzwi szopy zaopatrzone były w solidną zasuwę, na której wisiała mosiężna kłódka. Zza półcentymetrowej tafli metalu dochodziły głosy.

Policjanci rozbili kłódkę i weszli do pomieszczenia przypominającego oddział szpitalny z horroru. Na drewnianych tyczkach wisiały kroplówki, pacjenci jęczeli głośno, jakby wybudzali się z delirium. Pięciu wyniszczonych mężczyzn leżących na małych plecionych łóżkach z trudem podniosło głowy, by spojrzeć na nowo przybyłych. Budynek wypełniało parne, lepkie powietrze, od blaszanego dachu bił okropny żar, który upodabniał wnętrze więzienia do rozgrzanego piekarnika. Jeden z mężczyzn wpatrywał się szklistymi oczami w sufit, podczas gdy jego krew sączyła się powoli przez plastikową rurkę do woreczka leżącego na podłodze. Był zbyt słaby, by protestować.

W foliowej torebce obok jego łóżka leżało już pięć wypełnionych krwią opakowań o pojemności czterystu pięćdziesięciu mililitrów oraz dziewiętnaście pustych, gotowych do napełnienia. Na każdym z nich znajdowały się oficjalne naklejki miejscowych banków krwi, a także kody paskowe i plomby centralnego organu nadzorującego.

Jak się okazało, nie było to jedyne tego rodzaju pomieszczenie. W ciągu kilku następnych godzin policjanci znaleźli na posiadłości Yadhava jeszcze pięć innych. Każde z nich wyglądało równie przerażająco jak pierwsze, a pacjenci byli bliscy śmierci z wycieńczenia. W sumie policja uwolniła siedemnaście osób. Większość z nich była straszliwie wymizerowana i podłączona do szpitalnego sprzętu pobierającego krew. Później zeznali, że laborant pobierał im krew co najmniej dwa razy w tygodniu. Niektórzy mówili, że spędzili w uwięzieniu dwa i pół roku. Fabryka Krwi – jak szybko ochrzciła to miejsce prasa –

dostarczała znaczącą część miejskich zasobów krwi i być może tylko dzięki niej szpitale Gorakhpuru miały wystarczające zapasy tego cennego płynu.

Tego samego wieczora policja przewiozła uwolnionych mężczyzn do miejscowego szpitala. Tamtejsi lekarze powiedzieli, że nigdy nie widzieli czegoś podobnego. Hemoglobina dostarcza tlen do różnych części ciała, a niski poziom tego związku może prowadzić do uszkodzenia mózgu, niewydolności różnych organów i śmierci. Zdrowy, dorosły człowiek ma od czternastu do osiemnastu gramów hemoglobiny na sto mililitrów krwi. Krew hospitalizowanych mężczyzn zawierała średnio cztery gramy na sto mililitrów. Regularnie pozbawiani tego życiodajnego płynu, w wyniku odwodnienia wszyscy mieli szarą i pomarszczoną skórę.

– Kiedy wzięło się ich skórę między palce, zachowywała taki kształt, niczym ugnieciona glina – powiedział B. K. Suman, dyżurny lekarz, który przyjmował mężczyzn do szpitala.

Poziom hemoglobiny w ich krwi był tak niski, że w obawie o ich życie i zdrowie lekarze nie chcieli podnosić go zbyt gwałtownie. Jeden z nich powiedział mi, że uzależnili się fizycznie od utraty krwi. Aby utrzymać ich przy życiu, lekarze musieli podawać im suplementy z żelazem i co jakiś czas upuszczać krew, inaczej bowiem mogliby umrzeć z nadmiaru tlenu w układzie krążenia.

Po wielu tygodniach spędzonych w niewoli więźniowie byli zbyt słabi, by nawet myśleć o ucieczce. Tych kilkunastu ocalałych zeznało na policji, że pierwotnie było ich znacznie więcej, ale gdy tylko Yadhav wyczuwał, że któryś z dawców jest śmiertelnie chory, wsadzał go do autobusu jadącego za miasto, by ktoś inny odpowiadał za jego śmierć.

Papu Yadhav prowadził drobiazgową dokumentację, w której zapisywał, ile tkanki sprzedał poszczególnym bankom krwi, szpitalom i lekarzom, a także ogromne sumy pieniędzy, które otrzymywał w zamian. Dzięki tym zapiskom policja bez trudu rozpracowała całą operację. Jak mówi Vishwajeet Srivastav, zastępca komisarza policji w Gorakhpurze, który prowadził tę sprawę, z dokumentów wynikało, że początkowo Yadhav traktował to jako niewielkie przedsięwzięcie biznesowe, dodatek do jego działalności mleczarskiej. Wtedy też proponował uczciwe transakcje narkomanom i nędzarzom, których wyszukiwał na dworcu autobusowym i kolejowym.

Trzy dolary, które oferował za porcję czterystu pięćdziesięciu mililitrów krwi, zapewniały wyżywienie na kilka dni. Zarobek, choć nielegalny, był wyjątkowo łatwy. Yadhav mógł bez trudu sprzedać krew często spotykanych grup z zyskiem dwudziestu dolarów na porcji, podczas gdy w wypadku rzadszych grup krwi zarobek mógł wzrosnąć nawet do stu pięćdziesięciu dolarów. Po jakimś czasie Yadhav miał dość włóczenia się po dworcach, proponował więc dawcom, by zamieszkali u niego. Potem zaczął przejmować kontrolę nad ich losem za pomocą różnych środków przymusu, fałszywych obietnic i drzwi zamkniętych na kłódkę.

Wkrótce krwawy interes tak się rozrósł, że Yadhav potrzebował pomocy. Zatrudnił byłego laboranta, niejakiego Jayanta Sarkara, który prowadził niegdyś farmę krwi w Kalkucie, lecz pod koniec lat dziewięćdziesiątych musiał stamtąd uciec. Spółka stworzona przez obu mężczyzn stała się jednym z głównych dostawców krwi w regionie, a działała w podobny sposób jak gospodarstwo mleczne Yadhava. W istocie oba te interesy były ze sobą tak mocno splecione, że Yadhav budował szopy dla ludzi obok obór, by oszczędzić na przestrzeni.

Dwa miesiące po odkryciu Fabryki Krwi policja zatrzymała dziewięć osób: laborantów przyjmujących krew, sekretarki z miejscowych banków krwi, które chciały napełnić sobie kieszenie dodatkowymi zyskami, pośredników rozwożących krew po całym mieście i pielęgniarki, które opiekowały się dawcami. Przeczuwając kłopoty, Sarkar zdołał uciec z miasta, ale Papu Yadhav został zatrzymany w pobliżu swojego domu i odsiedział dziewięć miesięcy w więzieniu. Po miesiącu spędzonym w szpitalu jego byli więźniowie rozjechali się do swoich domów w różnych częściach Indii i Nepalu.

Kusząca jest myśl, że okropieństwa farmy krwi w Gorakhpurze to odosobniony incydent, aberracja, do jakiej dochodzi tylko na obrzeżach cywilizowanego świata i która nie ma nic wspólnego z krwiodawstwem w innych miejscach. Jednak istnienie farm krwi to symptom głębszego problemu dotyczącego obrotu ludzką tkanką. Tego rodzaju interesy nigdy by nie powstały, gdyby nie działalność kupców, których nie obchodzi, skąd bierze się pożądany przez nich materiał. A skoro pracownicy służby zdrowia gotowi byli płacić za krew, nie zadając przy tym żadnych pytań, wcześniej czy później musiał pojawić się ktoś, kto wykorzysta tę sytuację. Właściwie światowy system krwiodawstwa jest tak kruchy, że nawet niewielkie zawirowania w tym obszarze mogłyby natychmiast doprowadzić do rozkwitu takich interesów jak Fabryka Krwi z Gorakhpuru.

Przyjechałem do Gorakhpuru na dzień przed zwolnieniem Papu Yadhava z więzienia. Miałem nadzieję, że na miejscu uda mi się lepiej zrozumieć, jak dwumilionowe miasto tak łatwo uzależniło się od farmy krwi. Choć tutaj skala krwawego procederu przekroczyła wszelkie rekordy, w Indiach nie jest to wcale zjawisko wyjątkowe.

Gorakhpur, położony przy niespokojnej granicy indyjsko-nepalskiej, to konglomerat chaosu i brudu, typowych dla gwałtownie rozwijających się ośrodków przemysłowych oraz endemicznej nędzy wsi indyjskiej. Jedna linia kolejowa i kiepsko utrzymana droga łączą miasto ze stolicą stanu Uttar Pradeś, Lakhnau. Mimo to Gorakhpur jest najważniejszym ośrodkiem dla całej sieci wiosek w jednym z najgęściej zaludnionych obszarów wiejskich na świecie i jedyną miejscowością w promieniu stu pięćdziesięciu kilometrów, która dysponuje przynajmniej czymś na kształt miejskiej infrastruktury. Dlatego też rząd stara się wyraźnie zaznaczyć swoją obecność w tym miejscu. Z jednej strony, Gorakhpur musi zapewnić podstawowe usługi mieszkańcom olbrzymiej części kraju, z drugiej zaś – traktowany jest jako ośrodek gorszej kategorii. To miasto zbudowane na fundamencie niedoborów.

Największy problem Gorakhpuru stanowią przeciążone placówki medyczne, które często są ostatnią deską ratunku dla dziesiątków milionów farmerów i robotników sezonowych. Szpitale, które oferują dotowaną – a w niektórych wypadkach bezpłatną – opiekę, przyciągają ludzi z warstw najniżej uprzywilejowanych. Nawet w olbrzymim kompleksie szpitalnym Baba Raghav Das, złożonym z ponad dziesięciu budynków i dysponującym flotą ambulansów, stoją codziennie długie kolejki pacjentów z okolicznych wiosek. Inne duże szpitale są jeszcze bardziej zatłoczone.

Ten zalew pacjentów niesie ze sobą wiele trudności, a jedną z największych jest zgromadzenie wystarczającego zapasu krwi. Nawet standardowe procedury, takie jak poród, wymagają odpowiedniego zabezpieczenia – ciężarna, która wymaga cesarskiego cięcia, potrzebuje co najmniej litra krwi w przypadku komplikacji. Migranci, którzy zgłaszają się do miejskich szpitali, są już chorzy i zbyt słabi, by oddawać krew. Po prostu brakuje tutaj

odpowiednich kandydatów na krwiodawców.

Taka sytuacja sprzyja rozwojowi różnego rodzaju medycznych nadużyć i nieetycznych praktyk. Stosunkowo niewielka populacja nie daje szans na zwiększenie zasobów krwi poprzez honorowe krwiodawstwo, więc szpitale właściwie zmuszone są przyjmować krew z podejrzanych źródeł.

Biało-niebieski neon, zawieszony w odległości zaledwie pięciu minut spaceru od gospodarstwa Papu Yadhava, znaczy miejsce, gdzie znajduje się szpital Fatima, jeden z pięciu banków krwi w Gorakhpurze. Tuż za żelazną bramą leżą sterty betonu i sprzętu budowlanego, gdyż szpital przechodzi właśnie gruntowny remont. Bank krwi jednak jest zbyt ważny, by można go było zamknąć na dłuższy czas. Dlatego też jezuici, którzy finansują modernizację, dopilnowali, by ta część budynku została jak najszybciej oddana do użytku. Z tego powodu, aby dostać się do oddziału hematologii, muszę omijać sterty piasku i stali zbrojeniowej, uważać na zabłąkane bezdomne koty i wspinać się na niewykończone schody.

Kiedy w końcu wchodzę do środka, czuję się tak, jakbym trafił do innego świata. Oddział wyposażony jest w najnowocześniejszy sprzęt, w tym w specjalną zamrażarkę, w której można przechowywać krew praktycznie bez końca, oraz lśniące, nowe wirówki, rozdzielające krew na części składowe. Miejsce to powstało dzięki staraniom ojca Jeejo Antony'ego, który zarządza szpitalem w imieniu tutejszej diecezji. Jednak nawet najlepszy na świecie sprzęt nie pomoże mu rozwiązać najtrudniejszego problemu. Mówi, że ledwie udaje im się zebrać krew na potrzeby własnego szpitala, nie mówiąc już o potrzebach innych placówek medycznych w mieście. Chodzi o to, że większość mieszkańców Indii nie chce oddawać krwi dobrowolnie. Ludzie są tutaj przesądni i wierzą, że utrata płynów ustrojowych osłabi ich do końca życia. Po części właśnie dlatego miasto zaczęło korzystać z usług zawodowych dawców.

– Papu Yadhav jest tylko kozłem ofiarnym. W handel krwią zaangażowanych jest znacznie więcej ludzi – odpowiada, gdy poruszam ten temat, po czym dodaje: – W każdym szpitalu i domu opieki są agenci. Kiedy lekarz poprosi o krew, zawsze ją dostanie.

Po pokazaniu laboratorium ojciec Antony prowadzi mnie na dół, do swojego obszernego gabinetu, i częstuje filiżanką herbaty. Rozsiadamy się wygodnie. Jezuita mówi, że przeprowadził się do Gorakhpuru ze swojego rodzinnego stanu Kerala, by odmienić na lepsze życie tutejszych mieszkańców, ale nie wie, czy działanie banku krwi, pozyskującego tkankę od honorowych krwiodawców, rzeczywiście cokolwiek zmieni. Miejsce po gangu Yadhava natychmiast zajęli inni ludzie. Tydzień po aresztowaniu Yadhava zamówienia banków krwi wzrosły o sześćdziesiąt procent. Ale teraz, rok później, „popyt spadł". W mieście nie ma nowych banków krwi, trudno też mówić o nagłym napływie dawców, a mimo to nie brakuje dostaw.

Honorowe krwiodawstwo funkcjonuje w Indiach nieco inaczej niż w innych krajach świata. Ponieważ tylko nieliczni Hindusi skłonni są oddawać krew wyłącznie z pobudek altruistycznych, oczekuje się od pacjentów, że przyprowadzą do banku własnych dawców, którzy uzupełnią krew zużytą przez nich podczas operacji. Kiedy już pacjent udowodni, że ktoś oddał w jego imieniu odpowiednią ilość krwi, może wykorzystać krew odpowiedniej grupy ze szpitalnych zasobów. W teorii oznacza to, że rodzina lub przyjaciele pacjenta muszą mu przyjść z pomocą, rzeczywistość wygląda jednak inaczej. Zamiast prosić krewnych

o przysługę, większość ludzi korzysta z usług nieformalnej sieci dawców, którzy kręcą się przed szpitalami i gotowi są oddać krew za niedużą opłatą.

Ojciec Antony mówi, że niewiele można zrobić, by położyć kres handlowi krwią. Szpitale znajdują się między młotem a kowadłem, bo aby ratować życie pacjentów, muszą godzić się na wyzysk dawców. Wydaje się, że w porównaniu ze śmiercią pacjenta na stole operacyjnym kupno krwi jest mniejszym złem. Jezuita mówi też, że jego szpital jest zbyt mały, by przyciągać półprofesjonalnych dawców, ale można ich znaleźć we wszystkich dużych ośrodkach leczniczych w mieście. Radzi, żebym na początek zajrzał do tego samego szpitala, w którym leczyli się byli więźniowie Papu Yadhava.

Doktor O. P. Parikh, dyrektor szpitala miejskiego w Gorakhpurze, oddał do tej pory trzynaście porcji krwi i chciałby oddać jeszcze cztery, nim pod koniec roku przejdzie na emeryturę. Przyznaje jednak, że jest wyjątkiem od reguły. Pozostali mieszkańcy miasta nie są tak hojni jak on. Jako człowiek odpowiedzialny za całokształt działalności szpitala potwierdza, że utrzymanie zapasów krwi na odpowiednim poziomie to stały problem.

– Ludzie boją się tutaj oddawać krew. Nie chcą jej wymieniać, lecz kupować.

A jeśli płaci się tysiąc rupii, czyli około dwudziestu pięciu dolarów za porcję, nietrudno znaleźć dawców.

Piętnaście metrów od domu Parikha stoi szereg prowizorycznych sklepików z herbatą i tytoniem, ale tutejsi sprzedawcy handlują również krwią. Dyskretnie zagaduję mężczyznę z plamami po betelu na dolnych zębach i po chwili wiem już, że powinienem spotkać się z niejakim Chunu, który jest zawodowym dawcą z tych okolic.

– Tylko pamiętaj, żeby zrobić to w banku. On ma AIDS, a nie zawsze badają tam krew – ostrzega mnie mężczyzna na odchodnym. Pięć minut później jestem w alejce za szpitalem, gdzie spotykam drobnego, brodatego mężczyznę z chustą na głowie. Mówię mu, że potrzebuję jak najszybciej porcji krwi grupy B Rh minus.

– B Rh minus to rzadka grupa, trudno ją znaleźć – mówi. – Ale możemy ją sprowadzić z Fajzabadu albo Lakhnau.

Oba miasta to stolice regionów, odległe o jakieś sto pięćdziesiąt kilometrów od Gorakhpuru. Chunu mówi, że będzie mnie to kosztowało trzy tysiące rupii, a więc sporo. Odpowiadam, że jeszcze się zastanowię, i zostawiam go przed bramą szpitala, gdzie już za chwilę rozmawia z innym klientem.

Bank krwi szpitala miejskiego jest obrazem bezradności. Stalowa lodówka z zapasami jest prawie pusta, stoją w niej tylko trzy pojemniki z krwią gotową do transfuzji. Dyrektor banku K. M. Singh opowiada:

– Wczoraj przyszedł tu pacjent i poprosił o krew, lecz musiałem odmówić. Powiedziałem mu, że krew nie jest na sprzedaż, że trzeba najpierw coś oddać, by potem dostać. Poszedł sobie, ale wrócił godzinę później z dawcą. Skąd mogę wiedzieć, czy zapłacił temu człowiekowi, czy też nie?

Pięć banków krwi Gorakhpuru może zaspokoić tylko połowę popytu. Pacjenci odpowiedzialni za dostarczenie własnej krwi do operacji czasami nawet nie wiedzą, że łamią prawo, kupując tkankę.

Oddział położniczy w szpitalu Baba Raghav Das, największym szpitalu publicznym w mieście, to miejsce ponure i odpychające. Szyby olbrzymich okien wykuszowych pokryte są

zieloną farbą, co ma prawdopodobnie złagodzić blask słońca, a wypełnia betonowy oddział nieprzyjemnym, trupim światłem. Zatłoczona sala mieści około pięćdziesięciu kobiet, które leżą na rachitycznych łóżkach, w ubraniach przyniesionych z domu, i dochodzą do siebie po cesarskim cięciu. Dla niektórych brakuje łóżek, więc zmuszone są ułożyć się na betonowej podłodze.

W pomieszczeniu znajduje się kilkadziesiąt noworodków, lecz co zastanawiające, żaden z nich nie płacze, zupełnie jakby ściany tego pomieszczenia pochłaniały wszelkie dźwięki. Kobieta z dzieckiem przy piersi poprawia ubranie, a potem wyjmuje własny cewnik i wypuszcza czerwoną gęstą ciecz do pojemnika pod łóżkiem. Choć panują tu naprawdę fatalne warunki, dzięki szpitalowi BRD te kobiety mają szansę spotkać się z lekarzem, co w Indiach jest rzadkością. Stan oddziału to tylko część ceny, jaką muszą zapłacić za dostęp do opieki medycznej.

Jedna z pacjentek, Gurya Devi, przyjechała tu z odległej o ponad sto sześćdziesiąt kilometrów wsi położonej w sąsiednim stanie Bihar, obawiała się bowiem, że w trakcie porodu może dojść do komplikacji. Lekarz, który nawet jej się nie przedstawił, poświęcił na badanie i rozmowę nie więcej niż pięć minut. Powiedział, że konieczne będzie cesarskie cięcie. Dodał, że na wszelki wypadek będą potrzebowali porcji krwi i że może jej znaleźć dawcę, który sprzeda czterysta pięćdziesiąt mililitrów krwi za tysiąc czterysta rupii (trzydzieści sześć dolarów).

– Sprawa była prosta – mówi Gurya. – Nie musieliśmy właściwie nic robić, lekarz załatwił za nas wszystko.

Dawcą mógł być praktycznie każdy.

Korzystanie z usług zawodowych dawców jest niebezpiecznie zarówno dla nich samych, jak i dla klientów. Brytyjski antropolog kultury Richard Titmuss, wspomniany przeze mnie we wstępie autor książki o handlu krwią, która odmieniła system krwiodawstwa na Zachodzie, przewidział, że płacenie za krew i komercjalizacja tego systemu obniży nie tylko standardy etyczne, ale i jakość tkanki dostarczanej do banków. Na stronicach *The Gift Relationship* opisywał rozprzestrzenianie się wirusa zapalenia wątroby w amerykańskich i europejskich bankach krwi, przewidywał również, że międzynarodowe zasoby tej tkanki zostaną skażone wirusami, takimi jak HIV. Choć wnioski, w których proponował korzystanie wyłącznie z honorowego krwiodawstwa, przyczyniły się zapewne do rozwoju czarnego rynku, udało mu się bardzo trafnie opisać, jak motywacja finansowa może skłonić ludzi do nieodpowiedzialnych decyzji zdrowotnych.

Handlarz, którego spotkałem przed szpitalem miejskim, gotów był oddać krew zarażoną wirusem HIV pierwszemu lepszemu kupcowi, byle tylko zarobić drobną sumę. Nietrudno sobie wyobrazić, jak nieodpowiedzialna zmiana przepisów dotyczących krwiodawstwa mogłaby przyczynić się do wybuchu epidemii.

Do roku 1998 sprzedaż krwi w Indiach była całkiem legalna, a krwiodawstwo stanowiło jeden z najpopularniejszych fachów – dawcy mieli własny, potężny związek zawodowy i organizacje broniące ich praw. Kiedy Indie zmieniły politykę w tej kwestii i wprowadziły wyłącznie honorowe krwiodawstwo, cena krwi podskoczyła z około pięciu dolarów za porcję do niemal dwudziestu pięciu – kwoty będącej poza zasięgiem wielu zwykłych pacjentów. Choć handel krwią uznano za nielegalny, państwo nie potrafiło stworzyć alternatywnego

systemu. Niedobór dotyka wszystkich gałęzi medycyny, które potrzebują stałych zasobów krwi. Popyt na elementy krwi – czerwone krwinki i czynnik antyhemofilowy, stosowany w leczeniu hemofilii – gwałtownie wzrósł, a Indie musiały zacząć importować z zagranicy składniki krwi o wartości siedemdziesięciu pięciu milionów dolarów. (Co ciekawe, wiele tych komponentów pochodzi od dawców z Ameryki. Stany Zjednoczone to jeden z największych eksporterów krwi na świecie, a zyski z tego przemysłu sięgają kilku miliardów dolarów rocznie).

Problemem Indii nie jest niedostatek przepisów, które regulowałyby kupno i sprzedaż usług medycznych, ale niemal kompletny brak systemu umożliwiającego gromadzenie krwi w etyczny sposób lub na skalę dostosowaną do potrzeb społeczeństwa. Próżnia oddzielająca przepisy prawne od priorytetów w polityce państwa tworzy przestrzeń dla rozwoju czarnego rynku usług i towarów medycznych.

Historia z Gorakhpuru jest tylko ekstremalnym przykładem fundamentalnego konfliktu między medycyną prywatną i publiczną, który dotyczy praktycznie całego świata. Do podobnej sytuacji doszło w Stanach Zjednoczonych podczas przekształcenia uspołecznionego systemu medycyny Nowego Ładu w nastawione na zysk modele, które dominują w Ameryce od II wojny światowej.

Aż do lat pięćdziesiątych amerykańskie szpitale były w większości instytucjami dobroczynnymi związanymi z rządem. Pacjenci płacili za usługi na bieżąco, w wielu wypadkach rząd pokrywał te koszty niemal w całości. Za czasów prezydentury Eisenhowera dopiero rozpoczynała się era medycyny dochodowej, która powstała w wyniku coraz szerszego stosowania prywatnych polis ubezpieczeniowych. Placówki medyczne szybko jednak zrozumiały, że niektórzy ludzie gotowi są zapłacić więcej za bardziej wyszukane usługi. Miejsce potężnych placówek publicznych, zatrudniających głównie lekarzy ogólnych, zaczęły zajmować prywatne szpitale i lekarze specjaliści o bardzo głębokiej wiedzy, którzy w tamtych czasach byli rzadkością.

Krwiodawstwo ulegało podobnym przemianom. Podczas II wojny światowej żołnierze walczący na froncie potrzebowali ogromnych ilości krwi. Jako łatwo psujący się towar krew nie wytrzymałaby podróży przez ocean. Szukając alternatywnego rozwiązania, Czerwony Krzyż spopularyzował technologię odwirowywania, która pozwalała oddzielić czerwone krwinki od osocza. Choć osocze pozbawione jest hemoglobiny, uzupełnia do właściwej objętości krew w układzie krążenia operowanej osoby i jest głównym czynnikiem potrzebnym do leczenia krwawiących ran. Co istotne, osocze dłużej nadaje się do użycia niż krew i lepiej znosi długie morskie podróże. To właśnie dzięki stosowaniu osocza Amerykanie mogli honorowo oddawać duże ilości krwi, a zwykli obywatele mieli poczucie, że robią coś konkretnego dla ratowania życia żołnierzy walczących na froncie. Wysiłek wojenny mieszkańców USA i Wielkiej Brytanii zainspirował Richarda Titmussa, który napisał w swojej książce, że honorowe krwiodawstwo daje dawcy poczucie celu i solidarności w czasie kryzysu państwa[23].

W okresie wojny chirurdzy mieli do dyspozycji duże zapasy krwi, dzięki czemu mogli opracowywać nowe techniki operacyjne, które przyczyniły się do ogromnego rozwoju tej gałęzi medycyny. Po wojnie, gdy lekarze zaczęli korzystać w sektorze cywilnym z wiedzy zdobytej na polu bitwy, zapotrzebowanie na krew nadal było duże. Skończyły się jednak czasy

masowego krwiodawstwa inspirowanego wysiłkiem wojennym, więc kraj potrzebował wydajniejszego systemu gromadzenia tej tkanki.

Od lat czterdziestych do sześćdziesiątych centra płatnego poboru krwi istniały równolegle ze stacjami honorowego krwiodawstwa. Różnice klasowe widoczne były gołym okiem. Punkty płatnego poboru powstawały głównie w pobliżu dzielnic biedoty, podczas gdy programy honorowego krwiodawstwa szukały ochotników w kościołach i prowadziły stacje w zamożniejszych dzielnicach. Różna była też jakość pobieranej krwi. Płatnych dawców, kierowanych motywami finansowymi, nie obchodziła jakość oddawanej przez nich krwi, interesowała ich jedynie zapłata. Punkty płatnego poboru krwi nie grzeszyły też czystością. Titmuss zauważył, że wśród płatnych dawców częściej zdarzali się ludzie cierpiący na choroby przenoszone z krwią. Pisał, że szpitale korzystające z tkanki komercyjnych banków krwi przyczyniły się do rozprzestrzenienia wirusowego zapalenia wątroby. Znacznie rzadziej dochodziło do zarażenia tam, gdzie używano krwi honorowych dawców. Dziennikarze zajmujący się bankami krwi w tamtych czasach pisali, że banki komercyjne mieściły się często w ruderach, w pomieszczeniach o popękanych ścianach i z klepiskiem zamiast podłogi, na którym „aż roiło się od robactwa”[24]. Tutaj liczyło się zebranie jak największej ilości tkanki, stan zdrowia dawcy nie miał znaczenia.

Banki komercyjne zarabiały nawet wtedy, gdy sprzedawały zarażoną krew, ale różnica w jakości nie uszła uwagi lekarzy. W niektórych miastach lekarze tak bardzo obawiali się ryzyka związanego z wykorzystaniem zakażonej krwi, że kazali swoim szpitalom zaopatrywać się wyłącznie w stacjach honorowego krwiodawstwa. Wyczuwając zagrożenie, komercyjne ośrodki przeszły do ataku. Prywatne banki krwi zaczęły systematycznie pozywać szpitale za naruszanie prawa antymonopolowego. Twierdziły, że ponieważ krew jest przedmiotem otwartego, powszechnego handlu, honorowe krwiodawstwo to nieuczciwa konkurencja. Decyzje lekarzy sprawiły, że zdrowie pacjentów stało się przeszkodą dla interesów korporacyjnych.

W najsłynniejszym przypadku tego rodzaju, w 1962 roku w Kansas City, dwa komercyjne banki krwi wniosły skargę do Federalnej Komisji Handlu i wygrały sprawę przeciwko szpitalom używającym krwi pobranej od honorowych dawców. Szpitale miały zapłacić po pięć tysięcy dolarów grzywny za każdy dzień, w którym korzystały z zasobów bezpieczniejszej krwi. W uzasadnieniu decyzji komisja stwierdziła, że Rejonowy Bank Krwi, wraz ze szpitalami, patologami i lekarzami, „stworzył spisek mający na celu całkowite wstrzymanie handlu ludzką krwią”.

W kolejnych latach Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (American Medical Association) protestowało przeciwko tej precedensowej decyzji i w końcu zdołało ją unieważnić. Wyrok komisji utkwił jednak w pamięci wielu przedstawicieli środowiska medycznego, którzy ostrzegali, że prywatyzacja medycyny wywoła podobne problemy na innych rodzajach rynku ludzką tkanką. Obawiali się, że chęć zysku skłoni niektórych lekarzy do przeprowadzania niepotrzebnych zabiegów.

W czasie gdy banki krwi z Kansas walczyły o prawo sprzedaży krwi pochodzącej od płatnych dawców, Departament Więziennictwa stanu Arkansas zawarł porozumienie z firmami farmaceutycznymi i szpitalami, którym zamierzał sprzedawać osocze pobrane od więźniów. Program ten subsydiował więzienia i zwiększał stanowe zasoby krwi, ale jego koszty okazały

się ogromne. System więziennictwa nie miał większej motywacji, by badać jakość pobieranej krwi, i jak się później okazało, w ciągu trzydziestu lat działania programu krew z Arkansas przyczyniła się do wybuchów epidemii zapalenia wątroby i do rozprzestrzenienia wirusa HIV. Wśród instytucji kupujących największe ilości krwi z Arkansas była pewna kanadyjska firma, która z zasady nie ujawniała swoich źródeł, by zwiększyć w ten sposób obroty. Nieświadomi zagrożenia kupcy importowali zarażone osocze na całym świecie, do krajów tak odległych jak Japonia, Włochy i Wielka Brytania.

W końcu Stany Zjednoczone i Kanada ograniczyły te praktyki, a w roku 1994, prawie dziesięć lat po wprowadzeniu prawa zakazującego handlu organami, Arkansas jako ostatni ze stanów USA zakazał sprzedaży krwi więźniów. Przeprowadzone później śledztwo ustaliło, że jedynie za pośrednictwem krwi importowanej przez kanadyjską firmę co najmniej tysiąc osób zaraziło się wirusem HIV, a co najmniej dwadzieścia tysięcy – zapaleniem wątroby typu C.

Na tle całego świata system funkcjonujący w Gorakhpurze jest nie tyle anomalią, ile powtórzeniem wcześniejszych skandali związanych z handlem krwią. Obserwując konsekwencje niedoborów w jednym obszarze medycyny, nietrudno wyobrazić sobie, że podobne problemy dotykają całego systemu medycznego. Nagły spadek podaży, do jakiego doszło po przerwaniu działalności Papu Yadhava, stał się motywacją dla innych przestępców i skłonił ich do korzystania z nowych form zdobywania materiału.

Państwowy szpital, w którym Gurya Devi urodziła dziecko, musi zachowywać przynajmniej pozory rzetelności. Nie dotyczy to już jednak jego prywatnej części. Ponieważ w mieście działają tylko trzy szpitale państwowe, jeśli ktoś ma choć trochę pieniędzy, korzysta z szybszych, choć niekoniecznie lepszych usług klinik prywatnych.

Medyczna infrastruktura Gorakphuru to miszmasz małych klinik i prywatnych szpitali. Ogłoszenia o tanich lekach wiszą przy każdej ulicy, okrywają niczym winorośle słupy i latarnie. Nawet w liczbach bezwzględnych w Gorakhpurze sprzedaje się więcej lekarstw niż w Delhi. Ponieważ miasto leży przy samej granicy z Nepalem – gdzie szpitale oferują usługi jeszcze gorszej jakości – przemytnicy i pacjenci przenoszą ogromne zasoby środków farmaceutycznych do sąsiedniego kraju. O ile w państwowych szpitalach poziom usług wszędzie jest podobny, o tyle różnice między prywatnymi klinikami mogą być ogromne. Przed miejscami o dobrej reputacji ustawiają się ogromne kolejki rolników w turbanach i ich wychudzonych żon. Gotowi są czekać cały dzień, byle tylko dostać się do szanowanego lekarza. Z kolei inne kliniki starają się przyciągnąć chociaż jednego pacjenta na dzień. W wielu wypadkach walka o klientów przybiera brutalne formy.

Kedar Nath spędził większą część życia w małej wiosce Kutwahan, gdzie na skrawku ziemi uprawiał ryż, mango i banany. Sześćdziesiąt lat uczciwej pracy odcisnęło swoje piętno na jego pokrytej zmarszczkami, znużonej twarzy. Trzech spośród jego synów wyjechało do pracy na budowie aż do Bombaju. Co miesiąc przysyłają do domu drobne sumy, by wspomóc starego ojca. Nath jest oszczędny i stara się odłożyć jak najwięcej na czas, gdy będzie już zbyt stary, by uprawiać ziemię. Kiedy się spotykamy, ogorzały farmer ubrany jest w białe dhoti i wyblakły od słońca turban. Ma pomarszczoną starczą skórę i żywe oczy młodzieńca.

Ma też sporo problemów ze zdrowiem, więc co miesiąc udaje się autobusem do Gorakhpuru. Jego lekarz Chakrapani Pandey często jeździ z wykładami do Ameryki, ale poświęcił swoje życie służbie najuboższym i prowadzi subsydiowaną w znacznym stopniu

klinikę w centrum miasta. Jest jednym z najbardziej szanowanych lekarzy w Gorakhpurze. Każdego ranka na trzy godziny przed otwarciem kliniki przed drzwiami jego gabinetu ustawia się kolejka pacjentów.

W marcu 2009 roku Nath wynajął trzykołową autorikszę, która miała zawieźć go z dworca autobusowego do gabinetu Pandeya. Kierowca miał jednak inne plany. Kiedy Nath zajął miejsce na tylnym siedzeniu, dwaj umięśnieni mężczyźni o zębach poplamionych betelem i groźnych twarzach oznajmili, że zabiorą go do lepszego lekarza.

– Powiedzieli, że Pandey na niczym się nie zna i że lekarze ze szpitala Sitla są lepsi – opowiada Nath. Gdy zaprotestował, mężczyźni chwycili go za ręce i przycisnęli do siedzenia. Wołał o pomoc, ale nikt nie zareagował.

Szpital Sitla to jedna z nowych prywatnych klinik, która oferuje usługi zagranicznym robotnikom. Trzy piętra poczekalni, gabinetów i sal operacyjnych pozwalają na prowadzenie działalności o szerokim zakresie, ale jak we wszystkich placówkach medycznych w Gorakhpurze ciągle brakuje tu krwi.

Nath został wciągnięty do wnętrza szpitala i zmuszony do zapłacenia za wizytę. Potem mężczyźni wepchnęli go do małej sali z żelaznymi drzwiami.

– Było ich już wtedy czterech, trzymali mnie za ręce i nogi – opowiada, z trudem hamując gniew. – Byłem bezradny.

Jeden z mężczyzn wbił mu igłę w ramię i pobrał do szklanego pojemnika mniej więcej pół litra krwi. Kiedy procedura dobiegła końca, mężczyźni wyrzucili okrwawionego starca na ulicę wraz z diagnozą zakażenia dróg moczowych. Nath, na wpół omdlały z wysiłku i upływu krwi, dopiero po godzinie zdołał podnieść się na równe nogi i wynająć rikszę, która zawiozła go do Pandeya.

Pandey, masywny mężczyzna o łagodnej twarzy, siedzi za potężnym żelaznym biurkiem. Na wysokości jego oczu kołysze się lekko lampa zawieszona pod sufitem na cienkim białym kablu. Jedynym luksusem jest tu wielki klimatyzator, który wypełnia gabinet chłodnym powietrzem. Na wzmiankę o Kedarze Nathu lekarz wyraźnie posępnieje i zniża głos.

– Widział pan kolejki przed moim gabinetem. Wszyscy w tym mieście wiedzą, że jestem popularnym lekarzem. Ale codziennie tracę przynajmniej trzech pacjentów przez agentów innych szpitali, które chcą zwiększyć zyski – mówi. Dodaje, że w Gorakhpurze szpitale rywalizują ze sobą nie tylko o krew pacjentów, ale także o ich ciała. Opłacają kierowców taksówek i drobnych opryszków, którzy obserwują inne kliniki i przewożą pacjentów – często siłą – do wskazanych szpitali. Lekarz opowiada, że kiedyś udało mu się złapać jednego z agentów. Dowiedział się od niego, że konkurencyjne szpitale płacą nawet trzy tysiące rupii (siedemdziesiąt pięć dolarów) za chorego pacjenta, na którym mogą sporo zarobić. W Indiach to suma na tyle duża, że właściwie każdy przejazd taksówką obarczony jest sporym ryzykiem.

– Kedarowi ukradli krew. Kto wie, do czego jeszcze są zdolni?

W tym momencie można by właściwie zapytać: jakie jeszcze zbrodnie popełnia się w imieniu medycyny?

8

Kliniczny trud królików doświadczalnych

Jestem Chuckiem Yeagerem[25] zaburzeń erekcji. A przynajmniej jednym z kilku.

Latem 2005 roku ukończyłem studia antropologiczne na Uniwersytecie Wisconsin-Madison i wkrótce miałem stracić swoje skromne stypendium studenckie. Nie byłem ubezpieczony i musiałem spłacać kredyty studenckie. Podobnie jak tysiące innych amerykańskich studentów mogłem stosunkowo łatwo i szybko zarobić trochę pieniędzy, biorąc udział w badaniach nowych leków jako królik doświadczalny. Madison to jeden z kilku najważniejszych ośrodków badawczych w Ameryce, więc aby wynająć swoje ciało, musiałem jedynie przejrzeć ogłoszenia w miejscowym tygodniku, a dokładnie rzecz biorąc, rubrykę zamieszczoną tuż obok reklam agencji towarzyskich i anonsów erotycznych samotnych pań.

Podobnie jak w wypadku prostytucji, wynagrodzenie było kuszące. Trzy tysiące dwieście dolarów, które oferowała firma Covance, prowadząca badania w imieniu dużych firm farmaceutycznych, wydawało mi się naprawdę przyzwoitą sumą. W ciągu zaledwie kilku tygodni mogłem zarobić tyle, ile zwykle zarabiałem przez trzy miesiące. Środkiem, który miałem testować, była odmiana viagry, jednego z najbardziej dochodowych leków wszech czasów.

W owym czasie Pfizer praktycznie zmonopolizował rynek leków na zaburzenia erekcji, a Bayer HealthCare Pharmaceuticals chciał uszczknąć dla siebie coś z tego intratnego interesu. Środek proponowany przez firmę Bayer był w istocie czymś, co w żargonie branżowym określa się jako lek „*me too*” („ja też”), czyli substancją o takich samych właściwościach farmakologicznych jak medykament, który jest już dostępny na rynku, ale różnym od niego na tyle, by uznać ją za osobny patent. Mimo to leki „*me too*” również muszą przejść całą procedurę konieczną do rejestracji, a Bayer wynajął Covance do przeprowadzenia prób klinicznych. Kiedy już przeszedłem pomyślnie podstawowe badania, dołączyłem do grupy około trzydziestu mężczyzn, którzy mieli spędzić cztery weekendy w jednej sali, nafaszerowani środkami wywołującymi erekcję.

Oczywiście nie robiłem tego za darmo, ale tego rodzaju próby nie są całkiem bezpieczne. W roku 2006 ośmiu ochotników przystąpiło do tygodniowego badania TGN1412, eksperymentalnego leku na reumatoidalne zapalenie stawów i białaczkę. Już kilka minut po zażyciu pierwszej dawki sześciu mężczyzn zaczęło wymiotować, a potem straciło przytomność. Personel londyńskiego szpitala Northwick Park natychmiast przewiózł ich na oddział pomocy doraźnej, gdzie rozpoznano u nich objawy niewydolności wielonarządowej. Lekarze uratowali im życie, ale lek spowodował nieodwracalne uszkodzenia w ich systemie immunologicznym. Jeden z mężczyzn stracił palce u rąk i nóg. Inny zachorował później na raka, co mogło być skutkiem działania leku.

W 1999 roku w Filadelfii doszło do jeszcze większej tragedii. Zaledwie osiemnastoletni Jesse Gelsinger umarł pięć dni po przyjęciu mieszanki środków jednej z pierwszych terapii genowych. Terapie te dawały nadzieję na zwalczenie zaburzeń genetycznych, w założeniu miały bowiem wywoływać określone zmiany w genotypie pacjenta i wymieniać uszkodzone geny na zdrowe. Gdyby testowany lek okazał się skuteczny, byłby to pierwszy etap rozwoju całkiem nowej, rewolucyjnej dziedziny medycyny. Ale śmierć Jessego podziałała na badaczy

jak kubeł zimnej wody. Media uznały, że terapia genowa to ślepa uliczka, a oburzenie opinii publicznej skutecznie zamknęło ten obiecujący kierunek badań naukowych. Agencja ds. Żywności i Leków oraz inwestorzy byli tak wstrząśnięci śmiercią chłopca, że dopiero dziesięć lat później odważono się przeprowadzić kolejne badania kliniczne terapii genowej. Tragiczna historia pierwszej próby ciąży na każdym współczesnym eksperymencie i hamuje rozwój farmakologii. Fiasko badań nad nowym lekiem może oznaczać nie tylko czyjąś chorobę lub śmierć, ale i utratę milionów dolarów zainwestowanych w dany projekt.

Jednak dawka przechrzczonej viagry nie wydawała się tak niebezpieczna. W końcu tego leku używały już miliony ludzi w całym kraju. Gdy pierwszego dnia badań zgłosiłem się do przysadzistego kompleksu pod miastem, musiałem najpierw przejść przez śluzę powietrzną. Pielęgniarka stojąca przy wejściu zapisała moje nazwisko, powiedziała mi, gdzie mogę zostawić torbę, i zawiesiła mi na szyi identyfikator. Potem przeszedłem przez korytarze i sale wypełnione zapachem lateksu i środków antyseptycznych, mijając po drodze trzydziestolatków z innego badania, którzy trzymali pod pachą zakrwawioną gazę. Opatrunki przypominały miniaturowe wersje japońskiej flagi.

Godzinę po tym, jak do ośrodka dotarli ostatni uczestnicy badań nad lekiem o nazwie Levitra, siostra przełożona przeprowadziła ochotników do jadalni i tam przedstawiła im zasady obowiązujące w czasie próby:

1. Zawsze pytać o pozwolenie przed wyjściem do toalety, bo drobne zmiany w objętości pęcherza mogą zmienić metabolizm levitry.
2. Przychodzić punktualnie na pobieranie krwi. Żadnych wyjątków. Krew będzie pobierana dziewiętnaście razy.
3. Zero alkoholu, seksu, kofeiny, narkotyków, pornografii i ćwiczeń fizycznych. Właściwie im mniej robimy, tym lepiej.
4. Natychmiast informować o wszelkich nietypowych efektach ubocznych.

– W zasadzie badanie polega na tym, że wy przyjmujecie lek, a my pobieramy wam krew – wyjaśniła nam pielęgniarka. – Staramy się ustalić, jak długo levitra pozostaje w waszym organizmie. Nie musimy wiedzieć, czy macie… eee… nie musimy wiedzieć, czy lek wywołuje pożądany skutek. Interesują nas tylko nienormalne objawy.

Odetchnęliśmy z ulgą, zrozumiawszy, że nie interesuje jej nasza erekcja. Kiedy wyszliśmy już z sali konferencyjnej, usiadłem na sofie przed olbrzymim telewizorem i przywitałem się z pozostałymi uczestnikami eksperymentu. Okazało się, że co najmniej połowa z nich zarabia w ten sposób na życie.

Frank, czterdziestoczteroletni weteran, uczestnik niemal pięćdziesięciu badań klinicznych, przyjechał tu autobusem z Florydy. Wysoki, z szopą rozczochranych czarnych włosów, nosił niebieskie spodnie dresowe i wypłowiałą bawełnianą koszulkę – zdecydowanie przedkładał wygodę nad styl. Frank powiedział mi, że cała sztuka polega na tym, by spokojnie znosić drobne dolegliwości. Jeśli zacznie się ze mną dziać coś naprawdę poważnego, z pewnością się zorientuję.

Opowiedział mi, jak pewnego razu ochotnik wpadł w szał, kiedy podano mu pierwszą dawkę specyfiku. Zaczął wrzeszczeć, że eksperymentalny koktajl okropnie go piecze i że chce

natychmiast odejść. Pielęgniarka odparła, że może to zrobić, ale nie otrzyma zapłaty. Pacjent uciekł. Frank nie zamierzał się jednak poddawać i rezygnować z łatwego zarobku. Kiedy zrobiono mu zastrzyk, poczuł to samo okropne pieczenie, co jego poprzednik, lecz zachował całkowity spokój.

Po kilku dniach lekarze odwołali badania i odesłali specyfik z powrotem do laboratorium, by poddać go niezbędnym modyfikacjom.

– Czułem się tak, jakbym zrobił niezły przekręt. Ci z nas, którzy wytrzymali do końca, dostali pieniądze za całe trzydziestodniowe badanie, choć spędzili w klinice tylko kilka dni – mówi Frank z chytrym uśmieszkiem. Nie miał pewności, czy nieudany specyfik nie uszkodził jakiejś części jego ciała, ale dzięki temu, że nie zrezygnował z eksperymentu, zarobił łatwo osiem tysięcy dolarów.

Jeśli rzeczywiście był to przekręt, to jakiego rodzaju? Podczas prób nowego leku badani nie pracują w tradycyjnym sensie tego słowa; wielu z nich traktuje to nawet jako źródło „darmowego" zarobku. Jednak, mimo że nie podejmują aktywnego wysiłku, świadczą firmom farmaceutycznym cenne usługi. Usługa, którą oferują te ludzkie króliki doświadczalne, nie jest owocem pracy fizycznej lub umysłowej, ale niesie potencjalne zagrożenie dla zdrowia i wymaga czasu. Zastanawiając się nad tą kwestią, dwie antropolożki społeczne Catherine Waldby i Melinda Cooper ukuły termin „kliniczny trud", opisujący nietypową pracę, jaką Frank zarabia na życie. Bez cennego wkładu takich ludzi cały przemysł farmaceutyczny mógłby zatrzymać się w rozwoju.

Przemysł farmaceutyczny oficjalnie stoi na stanowisku, że nie powinno istnieć coś takiego jak kliniczna praca. Udział w badaniach nad nowymi lekami łączy w sobie altruizm i dochodowość, podobnie jak wszystkie inne rodzaje czerwonego rynku. Choć firmy farmaceutyczne z mniejszą lub większą ochotą rekompensują ludziom czas spędzony na badaniach, utrzymują z uporem, że wcielanie się w rolę królików doświadczalnych nie jest pracą. To dar.

Ten argument nie powstrzymuje prawie piętnastu tysięcy ludzi w Stanach Zjednoczonych, dla których pieniądze za uczestnictwo w badaniach stanowią znaczącą cześć dochodu. Urząd Skarbowy również nie widzi tutaj żadnego problemu i ochoczo ściąga podatek od środków wypłacanych przez firmy farmaceutyczne.

W odróżnieniu od ludzi, którzy pracują w warsztacie, świadczą usługi księgowe czy uprawiają nierząd, osoba poddawana eksperymentom niczego nie musi robić. Firmy farmaceutyczne po prostu wynajmują jej ciało, by zbadać przebieg procesów metabolicznych. Laboratoria płacą za czas potrzebny do wykonania tych badań i rekompensują potencjalne ryzyko dla zdrowia badanego.

Jakość danych zgromadzonych podczas eksperymentu przeprowadzonego na zawodowych testerach jest jednak dość wątpliwa. Aby uzyskać jak najlepsze – jak najwiarygodniejsze – rezultaty, lekarze muszą wyizolować jak najwięcej zmiennych, co staje się dość trudne, gdy przedmiot badań regularnie przyjmuje nieznane, eksperymentalne substancje, które gromadzą się w jego organizmie. Osoby, które zajmują się tym przez dłuższy czas, mogą tak przywyknąć do przetwarzania leków, że ich system immunologiczny może reagować w sposób całkiem odmienny niż u zwykłych ludzi. Dlatego właśnie w idealnych warunkach osoba poddana badaniu powinna mieć do tej pory tylko niewielką styczność z lekarstwami – a najlepiej

żadnej. W najbardziej wiarygodnych badaniach króliki doświadczalne to ludzie, którzy nigdy nie byli poddawani żadnemu istotnemu leczeniu. Im krótszy jest opis chorób i dolegliwości, które przeszedł dotąd badany, tym łatwiej firmie farmaceutycznej przetworzyć wyniki zebrane z jego ciała na dolary.

Z zasady wszyscy zawodowi testerzy przedkładają własny interes nad wiarygodność danych, co oczywiście może wypaczyć wyniki badań. Próbują oszukać system, nie przyjmując leków zbyt często lub nie uczestnicząc w badaniach w zbyt krótkich odstępach czasu. Jeśli różne specyfiki będą wchodzić ze sobą w interakcje i w oczywisty sposób zakłócać przebieg eksperymentu, może się zdarzyć, że całe badanie trzeba powtarzać od początku[26].

Z drugiej strony, sami badacze niewiele mogą zrobić w tej sprawie. Testy kliniczne są z natury niebezpieczne, więc ośrodki badawcze muszą się naprawdę natrudzić, by znaleźć ludzi gotowych wziąć w nich udział. Prawdziwych ochotników, którzy działają z czysto altruistycznych pobudek, jest bardzo niewielu. Opłacanie uczestnictwa w eksperymentach oznacza jednak, że część królików doświadczalnych będzie zajmować się tym zawodowo. Alternatywą jest powrót do modelu rekrutacji badanych sprzed kilku dekad. Od II wojny światowej aż po lata siedemdziesiąte blisko dziewięćdziesiąt procent leków badano w więzieniach. Więźniowie mieli w tej kwestii niewielki wybór – mogli się zdecydować albo na udział w eksperymencie, albo na ciężką pracę fizyczną. Więzienia pozwalały firmom farmaceutycznym kontrolować każdy ruch więźniów, a państwo gwarantowało, że nie dojdzie do nadużyć.

Dzięki ścisłym regulacjom, które umożliwiały zbieranie precyzyjnych danych za naprawdę niewielką cenę, branża farmaceutyczna rozkwitała. W końcu jednak aktywiści broniący praw więźniów doprowadzili do zakazania takich praktyk. Porównywali zagrożenia, jakie niosły ze sobą eksperymenty na więźniach, do eksperymentów Tuskegee – badań prowadzonych od lat trzydziestych aż po siedemdziesiąte, w których grupę zarażonych kiłą czarnoskórych inwalidów celowo pozbawiano opieki lekarskiej, by badać na nich skuteczność lekarstw. Kiedy zakazano prowadzenia badań w więzieniach, firmy farmaceutyczne straciły ogromną bazę ludzkich ciał i musiały zmienić strategię pozyskiwania nowych obiektów, rezygnując z form nacisku, a wprowadzając zachętę finansową.

Więźniów zastąpili opłacani ochotnicy. Wkrótce cała grupa ludzi – głównie pracownicy fizyczni, byli więźniowie, studenci i imigranci – przekonała się, że udział w badaniach może być drogą do finansowej niezależności, stawiając tym samym firmy farmaceutyczne w niewygodnej sytuacji.

Doświadczony werbownik ochotników cytowany w artykule prasowym przez Adrianę Petrynę mówi, że wynajdywanie królików doświadczalnych to stały problem: „Nie słyszałem o nikim, kto znałby jakąś naprawdę skuteczną metodę. Czasami masz szczęście i szybko znajdujesz chętnych, ale zwykle naprawdę trudno znaleźć odpowiednich pacjentów, a trudno ich znaleźć, bo wszyscy ich szukają"[27].

Kiedy siedzieliśmy obok siebie we wspólnej sali podczas kolejnego dnia badań, Frank powiedział mi, że jest prawdziwym weteranem w branży. W tym czasie zbliżał się już do końca tej serii eksperymentów. Mówił, że sztuka zarabiania na badaniach klinicznych nie jest całkiem prosta i że zawodowe króliki doświadczalne wędrują niczym robotnicy sezonowi między ośrodkami badawczymi, które ciągną się od Miami po Seattle.

– Każdy królik stara się przystępować do badań nie częściej niż co drugi miesiąc, żeby pozbyć się leków z organizmu. Masz trzydziestodniowy margines bezpieczeństwa na uniknięcie jakichś nieoczekiwanych interakcji.

Poza tym wszyscy zawodowcy (głównie byli więźniowie, nielegalni imigranci i studenci) robią to dla szybkiego zarobku. I jeszcze jedno:

– Jeśli robisz to przez dłuższy czas, musisz zadbać o żyły, bo będziesz wyglądał jak ćpun.

A jeśli wyglądasz jak ćpun, to z pewnością nie przyjmą cię do następnych badań. Frank powiedział mi, jak wcierać witaminę E w ślady po ukłuciach, by przyspieszyć gojenie, poradził też, żeby jak najczęściej zmieniać rękę, którą podaje się do wkłucia.

– Kiedy pierwszy raz wbiją ci igłę, trochę zaboli, ale po trzecim, piątym czy dziesiątym zastrzyku w ogóle się już nie przejmujesz. Po paru latach testów masz ochotę wziąć strzykawkę od pielęgniarki i zrobić to sam. O praktykantach szkoda nawet gadać. Potną cię jak rzeźnicy.

Można powiedzieć, że zawodowi testerzy zarabiają na życie właśnie żyłami. Gdyby Frank nie dbał odpowiednio o swój układ krążenia, musiałby zmienić branżę.

Wiedząc o tym wszystkim, czułem się gotowy do badań, gdy drugiego dnia rano stawiłem się w ośrodku za piętnaście siódma i przyjąłem pierwszą dawkę specyfiku. Dostałem na śniadanie talerz płatków kukurydzianych z mlekiem, które miałem zjeść w ciągu kwadransa, a potem zgłosić się z częścią grupy do zastrzyku. Domyślałem się, że niektórzy z badanych otrzymują placebo, inni dawki średniej wielkości, a jeszcze inni maksymalne dawki levitry. Spojrzałem na Franka i uśmiechnąłem się do niego. Mój nowy znajomy przyglądał się stanowisku pielęgniarek wprawnym okiem, niczym kierowca wyścigowy, który ocenia stan toru.

Pobranie krwi przebiegło gładko, a młoda, ładna pielęgniarka, która pełniła tego ranka dyżur, odesłała mnie do swojej przełożonej, starszej kobiety o posępnym spojrzeniu. Pielęgniarka siedziała za biurkiem, a po jej prawej stronie stała kobieta z latarką w ręce. Na niebieskim papierowym ręczniku ułożonym na blacie biurka leżała tabletka, obok stała szklanka napełniona wodą.

– Proszę położyć tabletkę na języku i wypić całą wodę. Proszę połknąć tabletkę. Jeśli ukryje pan ją w ustach, zostanie pan wykluczony z badań.

Pomyślałem, że Frank zapewne próbował i takich sztuczek, by w miarę bezboleśnie przejść przez badania. Połknąłem tabletkę, a kobieta zajrzała mi do ust, oświetliła je latarką i na wszelki wypadek kazała jeszcze poruszać językiem.

Obecnie levitra podawana jest w dawkach po dwa, pięć, dziesięć i – w najtrudniejszych przypadkach – po dwadzieścia miligramów. Ja dostałem trzydzieści miligramów. Badacze chcieli w ten sposób sprawdzić granice ludzkiej odporności na lek, by mieć pewność, że miliony mężczyzn, którzy go potem zażyją, nie otrują się. W wypadku królików doświadczalnych ryzyko zatrucia jest wliczone w koszt całego przedsięwzięcia. Być może trzydzieści miligramów wystarczy, by odpadł mi penis. Nikt nie chciałby się znaleźć w takiej sytuacji.

Potem spotykam się z Frankiem i pytam go, czy zażył tabletkę. Mówi, że zawodowcy potrafią ukrywać lekarstwa, ale jeśli idzie o ten środek, gra nie jest warta świeczki.

– Leki „*me too*” są najbezpieczniejsze. Nie ma się czym martwić.

Niemal mu wierzę. Przecież to tylko odmiana viagry. Oba leki mają za zadanie jedynie przekierować większą ilość krwi w odpowiednie miejsce. Czego tu się bać?

Aby lek został ostatecznie zarejestrowany, musi przejść przez trzy fazy badań klinicznych. Najniebezpieczniejsza jest faza I, podczas której mała grupa ochotników zażywa duże dawki leku, by określić jego toksyczność w zdrowym organizmie. Na tym etapie używa się największych dawek leków, jakie może przepisać lekarz. Faza II obejmuje większą grupę chorych pacjentów i bada skuteczność leczenia określonego schorzenia. Ostatni etap, prowadzony przy udziale największej liczby badanych, jest najbezpieczniejszy i ostatecznie decyduje o zarejestrowaniu leku i wprowadzeniu go do sprzedaży. Zawodowi testerzy biorą udział niemal wyłącznie w najbardziej ryzykownych i najlepiej płatnych próbach.

Badania w Madison należały do fazy I. Nie musiałem się długo zastanawiać, by zrozumieć, że lekarze próbują przy mojej pomocy określić granicę ludzkiej wytrzymałości na lek ułatwiający wzwód. Po godzinie głowa zaczęła mnie boleć, tak jakby ktoś rozszczepił ją na pół. Położyłem się na łóżku i przygasiłem światła. Aby określić maksymalną dopuszczalną dawkę leku, badacze muszą nieustannie zbliżać się do granicy bezpieczeństwa, a zmniejszają dawkę dopiero wtedy, gdy granica ta zostanie przekroczona. Przez ścianę słyszałem, jak jeden z królików doświadczalnych głośno wymiotuje. Spędził w toalecie pół godziny, podczas gdy pielęgniarki za ścianką z pleksiglasu uważnie go obserwowały.

W końcu poprosił o lek przeciwbólowy, ale pielęgniarka poinformowała go przez interkom, że nim poda mu jakiekolwiek środki, musi uzyskać pozwolenie od swojego szefa. Nie chciała wypaczyć wyników badania. Przyzwolenie na użycie środków przeciwbólowych dotarło do niej dopiero po trzech godzinach.

Spośród wszystkich badanych tylko dwaj nie cierpieli na ból głowy, co oznaczało, że maksymalna dawka tego konkretnego leku wynosi mniej niż trzydzieści miligramów. U większości testerów specyfik wywołał zarówno migrenę, jak i erekcję, co trudno uznać za szczególnie seksowne połączenie.

Miałem zgłaszać się na badania jeszcze przez dwa weekendy, ale kiedy zmierzałem do wyjścia, pielęgniarka wręczyła mi czek na zmniejszoną kwotę i powiedziała, że nie będą mnie już potrzebowali. Nikt nie wyjaśnił mi, czy stało się tak dlatego, że informacje pobrane z mojego organizmu nie spełniały ich standardów, czy też dlatego, że woleli, by na raporcie przedstawionym Agencji ds. Żywności i Leków znalazło się mniej pacjentów cierpiących na ból głowy po zażyciu zwiększonej dawki leku. Ale oczywiście przyjąłem pieniądze. Frank napisał mi potem w mailu, że czasami lepiej nie przyznawać się do bólu, jeśli się chce otrzymać całe wynagrodzenie. Frank przeszedł pełny cykl badań i wrócił do Miami, by przez miesiąc odpoczywać przed kolejnym eksperymentem.

Zastanawiałem się, czy naprawdę chciałbym zarabiać na życie, badając lekarstwa na zaburzenia erekcji. Choć ryzyko było naprawdę niewielkie, jedyne, co mogłem na tym zyskać, to czek i ból głowy. I czemu ma właściwie służyć wprowadzenie jeszcze jednej odmiany viagry na rynek?

Kiedy zakończyłem już karierę królika doświadczalnego, wróciłem do świata nieubezpieczonych i bezrobotnych i zacząłem szukać innego sposobu zarobkowania. Podobnie jak w wypadku wszystkich testerów, moja praca dobiegła końca w chwili, gdy mój organizm skończył przetwarzać lekarstwo. Zacząłem zastanawiać się nad pracą w Indiach. Miałem tytuł

magistra. Być może mógłbym prowadzić zagraniczny program dla studentów college'ów.

Okazało się, że nie ja jeden szukam pracy za granicą.

Procedury badawcze wymagają, by leki wprowadzone na rynek były bezpieczne i przebadane najdokładniej, jak to możliwe, dlatego rejestracja leku to długi i kosztowny proces, który może pochłonąć nawet miliard dolarów. Nawet wtedy nie ma jednak pewności, że lek zostanie dopuszczony do obrotu.

Choć zyski ze sprzedaży popularnych leków w rodzaju viagry, czy też elitarnych terapii nowotworów, mogą szybko skompensować nakłady inwestycyjne, firmy farmaceutyczne coraz wyraźniej odczuwają skutki finansowe badań prowadzonych w Ameryce i Europie. Mimo to przez dwadzieścia lat po wprowadzeniu zakazu eksperymentowania na więźniach branża farmaceutyczna całkiem dobrze znosiła dodatkowe koszty. Nowa era rozpoczęła się w latach dziewięćdziesiątych, kiedy to zainwestowano ogromne sumy w firmy biotechnologiczne, a oferty publiczne na międzynarodowych giełdach przekształciły przemysł farmaceutyczny w ruletkę, na której można naprawdę dużo wygrać, ale i równie dużo stracić.

Firmami biotechnologicznymi i farmaceutycznymi w coraz większym stopniu kierowały zarządy złożone z magistrów administracji, a nie naukowcy i lekarze, których interesuje dobro pacjenta. Spekulanci giełdowi mogli tanio kupić akcje danej firmy i czekać na obiecujące wyniki badań klinicznych, które w ciągu nocy podwajały wartość udziałów i przynosiły inwestorom milionowe zyski, nawet jeśli ostatecznie lekarstwo okazywało się bublem i przepadało w późniejszych fazach procesu badawczego.

Ukierunkowanie wyłącznie na zysk oznaczało, że właściwości lecznicze środków miały ostatecznie najmniejsze znaczenie. Podczas gdy obserwujemy prawdziwy *boom* w terapii nadciśnienia i zaburzeń erekcji, znacząco zmniejszyły się środki przeznaczone na finansowanie innych, mniej dochodowych badań.

W latach dziewięćdziesiątych testowano równocześnie tyle leków, że firmy farmaceutycznie nie mogły poradzić sobie z takim obciążeniem. Potrzebowały wyspecjalizowanej pomocy z zewnątrz, by przeanalizować masę informacji gromadzonych podczas eksperymentów. Zamiast prowadzić wszystkie testy samodzielnie, pod nadzorem uczelni lub szpitala, zaczęły zlecać te prace coraz liczniejszym firmom badawczym, którym nie brakowało ani umiejętności kierowniczych, ani zaplecza naukowego. Firmy takie oferowały badania kliniczne na poziomie przemysłowym i specjalizowały się w dużych rynkowych programach badawczych. Naukowcy musieli jedynie przedstawić pomysł i zasady prowadzenia testów, a przedsiębiorstwa takie jak Premier Research Group z Filadelfii czy Covance z Madison wykonywały za nich pozostałą pracę w swoich ośrodkach.

Początkowo większość firm badawczych mieściła się w ośrodkach uniwersyteckich, gdzie łatwo było o studentów, którzy przystępowali do testów, by zdobyć szybko trochę gotówki. Okazało się jednak, że jest ich zbyt mało jak na potrzeby wszystkich badań. Dlatego też firmy badawcze zaczęły przenosić się do biednych dzielnic dużych miast, gdzie przyciągały całe rzesze ubogich mieszkańców, podobnie jak punkty płatnego poboru krwi w latach pięćdziesiątych. Ponieważ odpowiadały tylko za zebranie odpowiednich danych, przedsiębiorstwa badawcze mogły ograniczyć koszty w taki sam sposób jak wszystkie inne korporacje – szukając jeszcze tańszej siły roboczej. Dziś ośrodki badawcze powstają głównie w amerykańsko-meksykańskich miastach granicznych, przyciągając biednych, często

nielegalnych imigrantów. Biuro głównego inspektora zauważyło, że od roku 1990 do 2001 szesnastokrotnie wzrosła liczba badań klinicznych prowadzonych w dzielnicach biedoty, przewidywało również, że do roku 2007 ta liczba się podwoi.

Szacunki okazały się mylne. W rzeczywistości liczba aktywnych ośrodków badawczych w Ameryce zmalała. Główny inspektor nie wziął pod uwagę procesów globalizacji. Zbieranie danych można z powodzeniem zlecić ośrodkom w innych krajach, gdzie obowiązują inne normy etyczne, niższe są koszty operacyjne i dochody na głowę mieszkańca. Z obliczeń dokonanych przez Rabo India Finance w 2004 roku wynika, że przeniesienie badań do Indii lub Chin obniżyłoby całkowity koszt testowania leku o czterdzieści procent. W roku 2005 dwanaście największych firm farmaceutycznych przeprowadziło połowę z tysiąca dwustu badań klinicznych w Wielkiej Brytanii, Rosji, Indiach i Chinach[28].

Taka sytuacja jest bardzo korzystna dla amerykańskich firm farmaceutycznych, nie tylko dlatego że pozwala im obniżyć koszty, ale i dlatego że rozwiązuje problem zawodowych testerów. Tworząc ośrodki w miejscach, gdzie ubodzy mieszkańcy bardzo rzadko mają okazję korzystać z opieki medycznej, mogą zagwarantować swoim zleceniodawcom, że badania przeprowadzono na ludziach o idealnych niemal warunkach. Głównie ze względu na nieudolność miejscowych rządów, które nie potrafią objąć należytą opieką medyczną wszystkich swoich obywateli, w krajach takich jak Indie czy Chiny można znaleźć całe rzesze osób, które nigdy nie leczyły się za pomocą środków farmakologicznych i tym samym stanowią doskonały materiał badawczy, gotów poddać się nawet najbardziej ryzykownym testom. Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku Indie zarabiały na swoich zaniedbanych obywatelach dwa miliardy dolarów rocznie.

Jak mówi Sean Philpott, były redaktor naczelny „American Journal of Bioethics” i obecny prezes Rady Kontroli Badań na Ludziach (Human Studies Review Board) przy Agencji Ochrony Środowiska, kolejną zaletą Indii jest „nie tylko niski koszt badań, ale i obecność wykwalifikowanego personelu, który może prowadzić te badania”. Prowadzenie testów medycznych w biednych regionach, gdzie z pewnością nie zabraknie kandydatów na testerów, wywołuje jednak wątpliwości podobne do tych, które odebrały firmom farmaceutycznym możliwość korzystania z usług więźniów.

– Ludzie, którzy biorą udział w indyjskich badaniach, zwykle są niewykształceni. Sto dolarów będzie dla nich wystarczającą zachętą. Mogą nawet nie zdawać sobie sprawy, że są wykorzystywani – dodaje Philpott.

Sytuacja przypomina nieco tę z Tsunami Nagar, z tą tylko różnicą, że tam przedmiotem handlu są nerki. Mieszkańcy Indii, którzy biorą udział w badaniach klinicznych, należą do tej samej klasy socjoekonomicznej, co ludzie wykorzystywani przez handlarzy nerek, ośrodki macierzyństwa zastępczego i złodziei krwi. Metody wyszukiwania i werbunku we wszystkich tych rodzajach czerwonego rynku są zadziwiająco podobne. Ponieważ indyjski Centralny Urząd Kontroli Leków nie wywiązuje się najlepiej ze swoich zadań, firmy farmaceutyczne mogą bezkarnie ignorować normy etyczne i prowadzić eksperymenty, które pozwolą im zebrać cenne dane. Były już takie przypadki.

W 2004 roku Centralny Urząd Kontroli Leków zbadał działalność dwóch znanych ośrodków biotechnologicznych w Bangalurze – Shantha Biotech i Biocon – które przeprowadziły nielegalne badania kliniczne genetycznie zmodyfikowanej insuliny. W trakcie

badań zmarło ośmiu pacjentów. Obie firmy nawet nie poprosiły o oficjalną zgodę na te próby, nie wspominając już o podjęciu środków, które zminimalizowałyby zagrożenie dla pacjentów.

W innych wypadku firma Sun Pharmaceuticals namówiła czterystu lekarzy, by przepisywali letrozol[29] – środek stosowany w leczeniu raka piersi – jako lek na bezpłodność. Kierownictwo firmy miało nadzieję, że uda się uzyskać oficjalną rejestrację dla drugiego zastosowania leku, a tym samym podwoić lub potroić jego sprzedaż, zapomniała jednak poinformować pacjentki, że biorą udział w eksperymencie.

Choć żadna z kobiet nie skarżyła się na poważne efekty uboczne, mogło dojść do tragedii.

Być może nie był to jedyny przypadek testowania leków antynowotworowych na kobietach, które chciały zajść w ciążę lub już były w ciąży. Dwa lata po skandalu związanym z nielegalnymi badaniami nad letrozolem, gdy mieszkałem w Madrasie, napisałem do „Wired News", że w jednym z madraskich szpitali urodziło się dziecko z poważną wadą rozwojową zwaną cyklopią. U dzieci dotkniętych tą wadą nie dochodzi do podziału mózgu na półkule mózgowe, co w rezultacie prowadzi do połączenia dwóch oczodołów zawierających jedną gałkę oczną – stąd nazwa. Gdy odwiedziłem szpital Kasturba Gandhi, gdzie urodziło się jednookie dziecko, lekarze poinformowali mnie, że jego matka próbowała przez kilka lat zajść w ciążę i że w miejscowej klinice płodności podano jej jakiś nieznany lek.

Pozwolono mi przejrzeć tajny raport, w którym dyrekcja szpitala napisała, że być może kobieta przyjęła eksperymentalny lek antynowotworowy – cyklopaminę. Badając tę sprawę, odkryłem, że w tym samym czasie w Stanach Zjednoczonych prowadzono badania kliniczne cyklopaminy. Jest to związek chemiczny pozyskiwany z kalifornijskiej odmiany ciemiężycy o łacińskiej nazwie *Veratrum californicum*, którą Indianie północnoamerykańscy od lat stosują jako środek antykoncepcyjny i przeciwbólowy. W latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku amerykańscy pasterze zauważyli, e ciężarne kozy, które jadły tę roślinę, rodzą jednookie potomstwo[30]. Dokładniejsze badania *Veratrum californicum* wykazały, że cyklopamina blokuje ścieżkę genetyczną niezbędną do rozwoju raka mózgu i raka prostaty.

Giganty biotechnologiczne, Genentech i Cirus, przypuszczały, że oczyszczona cyklopamina będzie w stanie powstrzymać rozwój raka prostaty. Obie firmy zaprzeczyły, jakoby prowadziły badania kliniczne w Indiach i stwierdziły, że podawanie cyklopaminy ciężarnym kobietom byłoby niebezpieczne, mnie jednak udało się znaleźć w Bombaju i Delhi dostawców tego środka. Zajmowałem się sprawą jednookiej dziewczynki jeszcze przez kilka tygodni i choć nie udało mi się zdobyć zbyt wielu dodatkowych informacji, nie potrafiłem oddzielić jej od eksperymentów z letrozolem, które przeprowadzano zaledwie kilkaset kilometrów dalej.

„Życie człowieka z Trzeciego Świata jest warte znacznie mniej niż życie Europejczyka. Przecież właśnie o to chodziło w kolonializmie" – powiedział Srirupa Prasad, historyk medycyny i profesor wizytujący Uniwersytetu Wisconsin-Madison.

Sytuacja w Chinach jest jeszcze gorsza, bo tamtejszy rząd może zarobić fortunę dzięki temu, że nie zapewnia swoim obywatelom opieki zdrowotnej. Najdrastyczniejsze przykłady pochodzą z prowincji Henan, gdzie spekulanci bez skrupułów wykorzystują ubogich rolników, handlując ich tkanką i skłaniając ich do udziału w badaniach klinicznych.

Na początku lat dziewięćdziesiątych szef Departamentu Zdrowia prowincji Henan założył firmę biotechnologiczną, która płaciła za krew. System wyglądał podobnie do tego, który funkcjonował w Indiach w czasach odpłatnego poboru krwi, tyle że tutaj dawcy nie mogli

negocjować cen. W laboratorium rozdzielano krew na części składowe i sprzedawano je na rynku krajowym, a także – prawdopodobnie – międzynarodowym. Antropolożka Ann S. Anagnost napisała, że przemysł biologiczny uczynił z krwi zwykły towar[31]. Handluje się nią podobnie jak złotem. Pośrednicy i handlarze samodzielnie gromadzą krew i sprzedają ją korporacjom, nie przejmując się tym, w jaki sposób ją zdobyli. Jak podaje Anagnost, zdarza się, że w organizacji tego procederu handlarzom pomaga wojsko.

Podobnie jak w wypadku Gorakhpuru i tamtejszych złodziei krwi, tak i tutaj liczyła się jedynie ilość krwi, a nie sposób, w jaki ją pozyskiwano. Aby zaoszczędzić na procesie pobierania tkanki, niedouczeni technicy wielokrotnie używali tych samych igieł, rozprzestrzeniając wśród dawców wirus HIV. Wkrótce Henan stał się jedną z prowincji najbardziej zagrożonych AIDS w całych Chinach. Po latach zaniedbań rząd przestał w końcu płacić za krew, ale szkoda została już wyrządzona.

W roku 2002 firmy biotechnologiczne postanowiły jednak wykorzystać epidemię AIDS, wywołaną niehigienicznym poborem krwi, do badań klinicznych. Zaczęły wyszukiwać byłych krwiodawców, by prowadzić na nich testy eksperymentalnych leków na tę chorobę. W badaniu pilotażowym, wykonanym w 2003 roku przez kalifornijską firmę Viral Genetics, wzięły udział trzydzieści cztery osoby, które nigdy dotąd nie miały możliwości jej leczenia. Wszyscy pacjenci byli już w tak kiepskim stanie, że tradycyjna terapia retrowirusowa nie przyniosłaby żadnych rezultatów. Pojawiła się jednak nadzieja, że eksperymentalny środek o nazwie VGV-1 przywróci skuteczność lekom starszej generacji i da chorym szansę na dłuższe życie. Chorzy mieszkańcy prowincji Henan byli idealnymi kandydatami, bo rząd nie próbował ich dotąd leczyć.

Dla większości byłych dawców badania kliniczne były pierwszą szansą na skorzystanie z jakiejkolwiek formy opieki medycznej. Kiedy zaczęły się testy, pacjenci nie otrzymali żadnej informacji o zagrożeniach, ani nawet o tym, jak lek może im pomóc (nie pomógł). Korzystając z pomocy międzynarodowej sieci aktywistów, badani skontaktowali się z amerykańską komisją nadzoru, która udzieliła pozwolenia na te próby. Komisja odpowiedziała, że do projektu należy zapewne wprowadzić pewne kosmetyczne zmiany, dotyczące informowania badanych i uzyskiwania ich zgody.

Antropolożka Melinda Cooper zauważa, że komisja za bardzo skupiła się na kwestii zgody testerów, a nie na problemie niemal systematycznego wyzysku ludzi, którzy wielokrotnie padli ofiarą medycznego oszustwa. Bez względu na to, co zostało zapisane wkontraktach, „jedyną bronią testerów było ujawnienie ich sytuacji”[32].

Na nieco innej płaszczyźnie badania kliniczne z Henanu pokazują, że testerzy nie mają praktycznie żadnego udziału w korzyściach, jakie dają badania kliniczne. Jako strona bardzo nierównego układu ani nie otrzymują godziwej zapłaty za swój udział w badaniu, ani nie mają dostępu do nowego leku, kiedy ten zostanie już zarejestrowany.

Gdyby nowy środek opracowywany w Henanie został w końcu zaaprobowany przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków, najprawdopodobniej nie trafiłby na chiński rynek jeszcze za życia zarażonych krwiodawców. Podobnie jak w wypadku oddawania nerek, komórek jajowych i we wszelkich innych rodzajach czerwonego rynku, ciało testerów może wędrować jedynie w górę hierarchii społecznej. Większość korzyści, które firmy farmaceutyczne czerpią z wyprowadzenia badań klinicznych za granicę, nie wraca nigdy i pod

żadną postacią do testerów. Biedni i bezsilni ponoszą ryzyko związane z testowaniem lekarstw, ale tylko bogaci korzystają z rezultatu ich trudu. Jak wynika z badania przeprowadzonego przez firmę Ernst & Young w 2006 roku, tylko co najwyżej dziesięć procent mieszkańców Chin, czyli obywatele mający ubezpieczenie zdrowotne, będzie mogło kiedykolwiek pozwolić sobie na zakup opatentowanych leków[33].

Świat mierzy ludzkie życie podwójną miarą. Podczas badań klinicznych ludzie zatrudnieni do testów są traktowani jak altruistyczni ochotnicy, którzy pomagają nauce. Po zakończeniu badań ich wkład odchodzi w zapomnienie – uczestnicy nie mają udziału ani w korzyściach finansowych, jakie daje zarejestrowany lek, ani w dobrodziejstwach nowej terapii. Choć testerzy ponoszą całkowite ryzyko fizyczne podczas opracowywania nowego środka, firmy zarabiające na lekarstwach miliardy dolarów w dziwny sposób nie dostrzegają, że w tworzeniu leku bierze udział coś więcej niż doświadczalne organizmy – biorą w tym udział umysły i ciała prawdziwych ludzi.

9

Obietnice nieśmiertelności

W klinice płodności na Cyprze embriolog Savvas Koundouros macha mi ręką przed oczami, jakby chciał wymazać moje pytania, nim jeszcze je zadam. Owszem, zajmuje się ludzkimi komórkami jajowymi, ale ta branża to coś znacznie więcej niż poczynanie dzieci, tłumaczy mi przyciszonym głosem. Otoczony kłębami dymu papierosowego, sięga po mój notes i zaczyna w nim coś zapisywać.

– Tak naprawdę najważniejsze są komórki macierzyste. Wkrótce opracuję nową procedurę, która umożliwi tworzenie komórek macierzystych bez użycia embrionu.

Gestykulując żywo, wyjaśnia, że pracuje nad metodą uzyskiwania komórek macierzystych z innych rodzajów tkanki. Mówi, że pewnego dnia naukowcy w Stanach Zjednoczonych ominą zakaz badań na komórkach macierzystych pozyskiwanych z embrionów, który ogranicza ich prace do kilku linii genetycznych, pobranych, nim jeszcze prezydent G. W. Bush zabronił pozyskiwania nowych. Brak nowego materiału był jedną z największych przeszkód na drodze rozwoju klinicznego. Prezydent Obama uchylił zakaz w 2009 roku, ale wciąż pojawiają się nowe utrudnienia w postaci zakazów sądu federalnego i protestów aktywistów religijnych.

Od dziesięcioleci badania te są przedmiotem kontrowersji i sporów między postępowymi naukowcami, którzy postrzegają komórki macierzyste jako podstawę nowej, bardzo obiecującej dziedziny medycyny, a grupami religijnymi, które sprzeciwiają się eksperymentom na zarodkach, uważając, że jest to uśmiercanie potencjalnego ludzkiego życia. Na razie badania nad komórkami macierzystymi wymagają niszczenia zarodków.

Koundouros twierdzi jednak, że jego laboratorium zdoła rozwiązać ten problem, nie będzie bowiem korzystać z embrionów, lecz pozyskiwać komórki macierzyste z takich tkanek jak szpik kostny czy skóra. W ten sposób, dążąc do tych samych celów, rozwiązałby trudny problem światopoglądowy jedynie przy użyciu technologii. Cypryjski lekarz mówi z podnieceniem, że wprowadziłoby to medycynę w nową erę. Być może z czasem laboratoria opracowałyby technologie umożliwiające odtworzenie uszkodzonej tkanki i całych organów, a ludzkie życie można by wydłużać praktycznie w nieskończoność. Możliwości są nieograniczone.

Wkrótce mój notes wypełnia się skomplikowaną siatką linii i kółek, które symbolizują komórki jajowe, łańcuchy DNA i olbrzymi potencjał uzdrawiania ukryty w naszych ciałach. Cierpliwie czekam na odpowiednią chwilę i w końcu udaje mi się wyrwać mu notes i znaleźć trochę wolnego miejsca, w którym zapisuję własne spostrzeżenia na ten temat. Po chwili jednak moja dłoń nieruchomieje, a długopis opada na kartkę. Jakoś nie potrafię zarazić się entuzjazmem Koundourosa, choć oczywiście to nie jego wina. Słyszałem tę samą opowieść już dziesiątki razy. Być może komórki macierzyste to rzeczywiście przyszłość ludzkości, ale przeszkody blokujące rozwój tej gałęzi medycyny to nie tylko restrykcyjne przepisy i kontrowersje etyczne.

Od dziesięcioleci stoimy na progu rewolucji naukowej. Co kilka miesięcy jakiś naukowiec ogłasza, że już w niedalekiej przyszłości będziemy w stanie odtworzyć utracone kończyny niczym salamandry czy raki. Równie często możemy przeczytać w tym czy innym czasopiśmie, że jakieś laboratorium bliskie jest dokonania przełomu, który pozwoli nam hodować

w bioreaktorach całkiem nowe i genetycznie doskonałe organy, albo że rozwój informatyki umożliwi kiedyś skopiowanie zawartości naszego mózgu na twardy dysk i egzystowanie dalej w wirtualnej postaci. Choć to wciąż tylko pobożne życzenia, istnieją już firmy, które za odpowiednią opłatą gotowe są zamrozić nasze ciała i przechowywać je do czasu, aż medycyna upora się z wszelkimi chorobami i problemem samej śmierci. Jednak największe nadzieje wciąż wiążemy z różnymi metodami leczenia za pomocą komórek macierzystych i wierzymy, że to właśnie one są przyszłością medycyny.

Po raz pierwszy świat usłyszał o komórkach macierzystych w 1963 roku, gdy Ernest Armstrong McCulloch i James Till, dwaj naukowcy z Uniwersytetu w Toronto, udowodnili, że tego rodzaju komórki mogą przemienić się w każdą inną komórkę ciała. Tak zwane pluripotentne komórki macierzyste mogą umożliwić odtworzenie lub wymianę tkanki ludzkiej każdego rodzaju. Już od kilkudziesięciu lat czekamy cierpliwie na chwilę, gdy nasze ciała będzie można traktować jako odnawialne źródło tkanki. Komórki macierzyste i medycyna regeneracyjna być może pozwolą uwolnić naszą jaźń, coś, co nazwałem duszą, od mięsa, które umożliwia nam poruszanie się po świecie. Nie jesteśmy już skazani wyłącznie na ciało, w którym się rodzimy. To nieśmiertelność w zasięgu ręki.

Nasza wiara w nieograniczone możliwości nauki, zdolnej tworzyć cudowne leki, zrodziła się zapewne w 1928 roku, kiedy Alexander Fleming, szkocki farmakolog, który nie potrafił utrzymać porządku w swoim laboratorium, zostawił tam na długi weekend szalki Petriego z pospolitymi bakteriami. Po powrocie odkrył, że pewien gatunek pleśni skolonizował i zabił bakterie – tak właśnie, dzięki przypadkowi, świat dowiedział się o istnieniu penicyliny, która wywołała pierwszą rewolucję we współczesnej medycynie. Już kilka lat później szpitale radziły sobie z infekcjami, które do tej pory zabijały ludzi po operacjach, dżuma dymienicza została niemal całkowicie zwalczona, a choroby uznawane dotąd za śmiertelne, takie jak paciorkowcowe zapalenie gardła, gruźlica i kiła, stały się wyleczalne. Większość z nas nie pamięta już czasów, kiedy ból gardła oznaczał niemal pewną śmierć, ale dla ludzi żyjących w tamtych czasach antybiotyki były niczym dar od Boga. Ambrozja.

Radość, z jaką ludzkość przyjmuje dłuższe życie, można opisać za pomocą liczb. W średniowieczu mało kto dożywał trzydziestki. Pod koniec XIX wieku dziecko urodzone w Stanach Zjednoczonych miało przed sobą średnio czterdzieści siedem lat życia. Człowiek urodzony w dzisiejszych czasach powinien przeżyć co najmniej do wieku siedemdziesięciu ośmiu lat. Odkrycie antybiotyków, a także bezpieczne transfuzje krwi, sprawniejsza służba zdrowia i opieka szpitalna, która minimalizuje umieralność noworodków, dodały niemal trzydzieści lat do przewidywanej długości życia w krajach rozwiniętych. Znany autor książek popularnonaukowych Jonathan Weiner sprowadza to do następującego twierdzenia: „W XX wieku zyskaliśmy […] mniej więcej tyle czasu, ile nasz gatunek zyskał dotąd w całej swojej walce o byt”[34].

W książce zatytułowanej *Long for This World. The Strange Science of Immortality* [Niech żyje ten świat. Dziwna nauka nieśmiertelności] Weiner przedstawia sylwetkę Aubreya de Greya, człowieka zafascynowanego przyszłością i dążeniem do nieśmiertelności, który jest pewien, że medycyna regeneracyjna zapowiada kolejny krok na drodze do przedłużenia życia i że w końcu zapewni nam nieśmiertelność. De Grey postrzega śmierć jako jeszcze jedną chorobę, którą należy pokonać. Gdy medycyna osiągnie taki poziom rozwoju, że wszystkie

schorzenia będą uleczalne, śmierć stanie się jedynie problemem nieubezpieczonych.

De Grey i jego zwolennicy zajmują miejsca na obrzeżach społeczności naukowej, ale wiara, że medycyna będzie kiedyś w stanie uleczyć wszystkie choroby, jest czymś bardzo ludzkim. Po niemal stu latach zdumiewającego rozwoju tej nauki i powstaniu cudownych lekarstw trudno sobie wyobrazić, że ludzie w białych fartuchach nie będą wynajdywać coraz to skuteczniejszych specyfików na nasze choroby. Niegdyś modliliśmy się do Boga o dłuższe i zdrowsze życie, teraz modlimy się do naukowców, by wynaleźli lekarstwa na choroby, które mogą nas zabić.

Problem ludzi żyjących w erze cudownych leków polega na tym, że wciąż oczekują nowych. Czasami wydaje się, że drobne postępy pozwolą nam lada moment wykonać ogromny krok naprzód. Od ponad pół wieku powstają sztuczne organy. Sztuczna nerka, nazywana teraz skromnie dializatorem, została wprowadzona do użytku klinicznego w latach czterdziestych XX wieku. Po raz pierwszy wszczepiono człowiekowi sztuczne serce w roku 1969.

Rozwój metod opartych na biologii również nabiera tempa. Dzięki bioreaktorom i wytrzymałym liniom komórek można wyhodować w laboratorium ludzką skórę do przeszczepów. Dla ofiar poparzeń, które dotąd stały przed perspektywą pobrania skóry z ich własnego ciała, to naprawdę cudowna wiadomość (w wypadku mężczyzn największy dostępny fragment skóry nadający się do przeszczepu to zwykle moszna).

Właściwie tylko te skromne sukcesy powstrzymują nas przed szukaniem odpowiedzi na dręczące pytanie: A co, jeśli nauki medyczne zbliżają się do kresu swych możliwości? W XX wieku wydawało się, że antybiotyki rozwiązały problem infekcji, jednak w ciągu ostatnich trzydziestu lat rozwinęły się niezwykle odporne szczepy bakterii, z którymi nie radzi sobie większość popularnych lekarstw. Gronkowce wywołane przez bakterie odporne na działanie antybiotyków zbierają śmiertelne żniwo w szpitalach. Terapia genowa zabrnęła w ślepy zaułek, kiedy podczas badań klinicznych zmarł jeden z pacjentów. Oprócz kilku wyjątków terapie komórkami macierzystymi wciąż pozostają jedynie pieśnią odległej przyszłości. Wydaje się, że w wielu kwestiach wracamy do punktu wyjścia.

Jeśli chodzi o przemysł farmaceutyczny, to oprócz antybiotyków w ostatnim stuleciu nie stworzono żadnych środków o przełomowym znaczeniu. Większość lekarstw testowanych w opozycji do placebo jest tylko nieznacznie skuteczniejsza od specyfików, które mieliśmy na początku XX wieku. Nie istnieje lekarstwo na raka. Aby zahamować rozwój wirusa HIV, trzeba zażywać całą masę osłabiających leków. Niektóre środki, takie jak przeciwzapalny Vioxx, zwiększały prawdopodobieństwo zawału i trzeba było wycofać je ze sprzedaży. Dochodowe antydepresanty, takie jak Prozac, mogły doprowadzić niektórych pacjentów do samobójstwa, a przy tym w wielu przypadkach łagodzą depresję równie skutecznie jak zwykłe pastylki z cukru. Co roku Agencja ds. Żywności i Leków wycofuje z rynku setki lekarstw i urządzeń, które niegdyś zaaprobowała. Pomimo niezliczonych badań i projektów wcale nie mamy pewności, czy medycyna idzie naprzód – równie dobrze może skręcać w bok.

Trzeba tu jednak wspomnieć o jednym wyjątku. Choć postępy nauki w takich dziedzinach jak terapie przy użyciu komórek macierzystych czy farmacja nie dotrzymują kroku rozwojowi robotyki lub internetu, co kilka lat dokonują się rewolucyjne zmiany w technikach chirurgicznych i w obrazowaniu. W XX wieku sztuka rozcinania, zszywania i przekierowywania różnych układów wykonała naprawdę olbrzymi skok.

W XIX stuleciu operacja chirurgiczna była niemal równoznaczna z wyrokiem śmierci. Jeśli pacjent nie zmarł z upływu krwi, to zwykle padał później ofiarą infekcji. W tym czasie najczęściej wykonywaną operacją była amputacja kończyn. W takich przypadkach o powodzeniu decydowała nie tyle wiedza lekarza czy jego umiejętności, ile prędkość, z jaką przecinał ciało i kość, a potem kauteryzował ranę. Najsłynniejszy chirurg tamtych czasów Robert Liston potrafił amputować kończynę w ciągu dwóch i pół minuty.

Dziś sale operacyjne kojarzą się z innowacjami i najnowocześniejszym sprzętem oraz, co istotniejsze, z udanym leczeniem. Przypadki uznawane niegdyś za śmiertelne – od tętniaków mózgu do ran postrzałowych, złamań wieloodłamowych, zawałów i guzów – teraz mogą zostać uleczone, jeśli tylko pacjent trafi w odpowiednim czasie do szpitala. Przeszczep nerki trwa obecnie zaledwie kilka godzin. Wszczepienie stawu biodrowego to niemal rutynowa operacja, która nie pozostawia praktycznie żadnych blizn. Żyjemy w złotej epoce chirurgii.

Ta rozbieżność między postępem w dziedzinie chirurgii i stagnacją w branży farmaceutycznej oraz medycynie regeneracyjnej jest główną przyczyną nienasyconego popytu na ludzką tkankę i rozwoju czerwonego rynku na całym świecie. Farmacja i medycyna regeneracyjna nie dotrzymały kroku chirurgii. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat pojawiło się tylko kilka przełomowych leków, choć pacjenci domagają się ich bez ustanku, i to jak najszybciej. Ludzie chcą komórek macierzystych, by wyleczyć niedomagające nerki i serca. Ponieważ nie mogą znaleźć odpowiednich środków w medycynie regeneracyjnej, muszą korzystać z tego, co umożliwia chirurgia.

Być może każdy ma prawo oczekiwać ochrony przed dżumą, usunięcia wyrostka robaczkowego i ulgi w bólu, ale sprawa staje się znacznie bardziej skomplikowana, gdy leczenie wymaga pobrania tkanki od innego człowieka lub narażenia go na utratę zdrowia.

Antropolożka Catherine Waldby, która ukuła określenie „kliniczny trud”, opisujące pracę ludzkich królików doświadczalnych – o czym wspominałem już w rozdziale o badaniach klinicznych – pisze, że rynek ludzkiej tkanki ilustruje „niemożność uregulowania marzeń o odradzającym się ciele, powiązanych z pragnieniem ujarzmienia czasu i strachem przed śmiercią, poprzez racjonalność sił rynkowych”[35].

Nawet jeśli nadzieje pokładane w medycynie regeneracyjnej ziszczą się w jakiejś bardzo odległej przyszłości, trudno przypuszczać, by stało się to za naszego życia. W krajach rozwiniętych inwestujemy olbrzymie środki w projekty, które za pomocą farmakologii i chirurgii pozwolą nam przedłużyć życie choćby o parę lat. Do pewnego stopnia takie podejście jest skuteczne. Nowa nerka może uwolnić pacjenta od dializatora na kilka lat. Biorca serca ma pięćdziesiąt procent szans na to, że przeżyje jeszcze dziesięć lat. Takie rozwiązania nie oznaczają nieśmiertelności, ale dla pacjentów mają duże znaczenie. Z drugiej jednak strony, w wielu wypadkach dzieje się tak, że nawet jeśli sam przeszczep finansowany jest z ubezpieczenia lub środków rządowych, pacjenci wydają olbrzymie sumy, a nawet doprowadzają do bankructwa siebie i swoje rodziny, płacąc za kosztowne leki immunosupresyjne.

Przemysł medyczny sprawia, że zbyt łatwo obecnie pomylić siłę nabywczą z prawem do odroczenia śmierci. Niewydolność organu jest schorzeniem śmiertelnym, a odmienić to może jedynie transplantacja. Zamiast jednak pogodzić się z nieuchronnością śmierci, oddać się pod opiekę hospicjum i przygotować na to, co nieuniknione, ludzie korzystają z legalnego

i nielegalnego rynku organów, który sprzedaje im nadzieję na przedłużenie życia. Jak już pisałem, kobieta, która nie może począć dziecka ze względów medycznych, może zdecydować się na adopcję albo skorzystać z pomocy lekarzy i pracowników opieki społecznej, którzy zapewnią jej szeroki wybór środków umożliwiających poczęcie i urodzenie biologicznego potomstwa.

Jeśli chcemy żyć w świecie, gdzie ludzkie życie jest bezcenne, a każdy człowiek jednakowo ważny i wyjątkowy, to nie możemy pozwolić, by rynek decydował, które osoby mają prawo do ciał innych osób. Nawet najlepszy system dawstwa tkanki w pewnym momencie musi się załamać i dopuścić elementy przestępcze to rzecz nieunikniona. Jeżeli nawet dany system nie pozwala na wyzysk dawców, to kiedy już dojdzie do takich przypadków, są one wyjątkowo oburzające i w dużej mierze podważają wiarę społeczeństwa w skuteczność i sens istnienia tego systemu.

Etos rządzący obecnie czerwonym rynkiem na całym świecie bazuje na założeniu, że opierając się na altruistycznym dawstwie, można w etyczny sposób zbudować komercyjny system wymiany tkanek. Ponieważ jednak altruizm jest zjawiskiem dość rzadkim, system ten jest bardzo chwiejny. Kiedy zabraknie altruizmu, margines przestępczy szuka nielegalnych sposobów zwiększenia podaży.

Aby odmienić tę trudną sytuację, można by zakazać pobierania jakichkolwiek opłat za ludzką tkankę i ciało. Zakaz obejmowałby również usługi lekarskie, firmy dostarczające tkankę, firmy transportowe i tak dalej – słowem wszystkich, którzy mają swój udział w tej branży. To oczywiście wzmocniłoby czarny rynek, a zarazem drastycznie zmniejszyło podaż legalnie pozyskiwanej tkanki.

Innym rozwiązaniem jest rezygnacja z przekonania o równości wszystkich ludzi i pogodzenie się z myślą, że ciało to towar jak każdy inny. Akceptacja rynku w takiej formie oznaczałaby, że ludzi można traktować jak przedmioty i że świat z założenia jest niesprawiedliwy, w związku z czym niektórzy ludzie zawsze będą dawcami tkanki, a inni jej biorcami. Wskutek tego być może udałoby się wyeliminować najgorsze formy wyzysku na czerwonym rynku i ograniczyć możliwości zarobku na nielegalnym handlu. Ile jednak stracilibyśmy jako społeczeństwo, tworząc oficjalnie te dwie oddzielne klasy ludzi?

Prawdę mówiąc, żadne z tych rozwiązań nie wydaje się atrakcyjne. Jako społeczeństwo nie chcemy ani zaakceptować otwartego handlu ludzką tkanką, ani ograniczyć sobie dostępu do środków i zabiegów wydłużających życie. Innymi słowy, chcemy zjeść ciastko i nadal je mieć.

Kiedy filozofowie i naukowcy docierają do tego punktu w debacie o handlu ludzką tkanką i etyce pozyskiwania tejże, zwykle ktoś szuka innego wyjścia i mówi o tkance syntetycznej. Skoro technika wprowadziła nas w ten etyczny labirynt, to może i zdoła nas z niego wyprowadzić.

– Jesteśmy bliscy przełomu – mówi Savvas Koundouros, przekonany, że nowe terapie przy użyciu komórek macierzystych są już niemal na wyciągnięcie ręki.

Nic nie stoi na przeszkodzie temu, by rewolucja zaczęła się właśnie tutaj. Cypr to coś w rodzaju bezpiecznej przystani dla lekarzy, którzy łamią zasady, próbując przesuwać granice medycyny. W 1992 roku wspomniany konkurent Koundourosa Krinos Trokoudes trafił do *Księgi rekordów Guinnessa*, gdy za pomocą technologii *in vitro* zapłodnił czterdziestodziewięcioletnią kobietę. W innym, znacznie bardziej kontrowersyjnym przypadku

cypryjski lekarz Panayiotis Michael Zavos oświadczył, że bez względu na ograniczenia prawne zamierza zostać pierwszym lekarzem, który sklonuje człowieka. Nazwał rok 2002 „rokiem ludzkich klonów” i zabrał się do pracy w swym laboratorium. Jego adres utrzymywał w sekrecie, rzekomo po to, by chronić życie i tożsamość potomstwa. W 2009 roku poinformował dziennikarzy „Independent”, że próbował już zaimplantować jedenaście sklonowanych zarodków w macicach kobiet gotowych urodzić takie dzieci. Żaden z zarodków nie przeżył, ale Zavos nie powiedział wcale, że zamierza przerwać prace. W końcu brytyjscy naukowcy sklonowali owcę Dolly dopiero po dwustu siedemdziesięciu siedmiu próbach. W innej wypowiedzi cytowanej przez „Independent” Zavos mówi, że to tylko kwestia czasu, nim on albo ktoś inny sklonuje człowieka.

Wbrew temu, co przedstawiają wizje przyszłości z książek takich jak *Nie opuszczaj mnie* Kazuo Ishiguro, gdzie hoduje się ludzkie klony, by potem pobierać z nich organy, klonowanie ludzi nie zaspokoi nieograniczonego popytu na ludzkie ciała. Mimo to naukowcy na całym świecie szukają przełomowego odkrycia, które pozwoliłoby stworzyć stały dopływ sztucznej (i zdepersonalizowanej) ludzkiej tkanki. Gdyby im się to udało, czerwony rynek stanąłby na głowie.

Prowadzenie farmy krwi czy kradzież nerek nie miałyby sensu, gdyby na poziomie przemysłowym można było wyhodować biologicznie doskonałe organy i tkankę. Nikt nie potrzebowałby przeszczepu kości, gdyby można ją było odtworzyć za pomocą zastrzyku komórek macierzystych. Specjaliści związani z transplantologią mówią, że przyszłość należy do medycyny regeneracyjnej. Biorąc pod uwagę złożoność czerwonego rynku, rzeczywiście może się okazać, że tylko medycyna regeneracyjna zdoła zlikwidować nieuczciwy handel ludzką tkanką i organizacje, które pozyskują ją w nielegalny sposób.

Do pierwszego i prawdopodobnie najgłośniejszego przypadku tego typu doszło w 1985 roku, gdy gigant biotechnologiczny Genentech stworzył sztuczny ludzki hormon wzrostu (*human growth hormone*, HGH). Wcześniej udowodniono, że zastrzyki HGH zapobiegają niektórym formom karłowatości u dzieci, a kulturyści przekonali się, że hormon ten powoduje szybki przyrost mięśni. Oczywiście korzystanie z HGH jako środka dopingującego było i jest zakazane, co nie znaczy, że sportowcy go nie kupują. HGH trudno jednak było zdobyć. Przed rokiem 1985 można go było pozyskać jedynie z przysadki mózgowej zmarłych, niemal dosłownie wyciskając go z tego małego organu. Był to proces mało wydajny, bo utworzenie choćby jednej dawki wymagało pobrania hormonu z wielu przysadek, a o te nie było wcale łatwo.

Od lat sześćdziesiątych do połowy lat osiemdziesiątych minionego wieku przedsiębiorcy pogrzebowi i patolodzy wykonujący sekcje zwłok dla policji wycinali setki tysięcy przysadek mózgowych i sprzedawali je firmom farmaceutycznym, które pozyskiwały hormon i nadawały mu formę gotową do wstrzyknięcia. Była to powszechna praktyka, choć większość ludzi nie miała pojęcia, że ciała ich najbliższych zostały okaleczone, a ich fragment sprzedany. Mimo to hormon wzrostu był tak drogi i tak trudny do zdobycia, że szpitale musiały pilnie strzec swoich zapasów przed złodziejami, którzy sprzedaliby HGH na czarnym rynku.

Kiedy sztuczny hormon trafił do oficjalnej sprzedaży, nielegalny handel przysadkami mózgowymi ustał z dnia na dzień. Mimo że proces syntetyzacji HGH nie jest prosty ani bardzo tani, hormon stał się nagle dostępny w znacznie większych ilościach niż dotychczas. Poza tym

nie niósł ze sobą odium i ryzyka efektów ubocznych, jakie wiązały się ze wstrzykiwaniem substancji pobranej ze zwłok. Choć doping przy użyciu HGH wciąż jest zmorą światowego sportu, łańcuch dostaw nie ma już styczności z nielegalnym rynkiem ludzkiej tkanki.

Syntetyki dają nadzieję na rozwiązanie problemów wielu obszarów czerwonego rynku. Obecnie działają dziesiątki – jeśli nie setki – małych firm inwestujących w badania regeneracyjne, które kiedyś mogą przynieść olbrzymie zyski. Zasadniczo można je podzielić na dwa obozy. Pierwszy to laboratoria, które starają się pobudzić ukryte w ludzkim organizmie zdolności uzdrawiające. W tym celu dostarczają mu materiału komórkowego, mogącego uleczyć uszkodzone lub stare części, albo próbują otworzyć kody genetyczne, które aktywują uśpiony dotąd potencjał leczniczy. Naukowcy prowadzący tego rodzaju badania uważają, że organizm dobrze wie, jak rozwiązać swoje problemy, ale trzeba mu w tym tylko trochę pomóc. To podejście obejmuje terapie komórkami macierzystymi, terapie genowe i niemal całą medycynę alternatywną.

Druga szkoła medycyny regeneracyjnej często zupełnie ignoruje zdolności lecznicze ludzkiego organizmu, ale zakłada, że dysponując odpowiednią liczbą danych i stosując naszą wiedzę techniczną, możemy rozwiązać praktycznie każdy problem zdrowotny, odtworzyć każdą część ciała i za pomocą zabiegów chirurgicznych zmusić ją do prawidłowego działania. To królestwo mechanicznych kończyn, syntetycznych organów i tkanki oraz sztucznych hormonów.

Przedstawiciele obu tych szkół poczynili już spore postępy, rozbudzając nadzieje milionów pacjentów. Mimo to z prognoz naukowych wynika, że żadna z nich nie zdoła w najbliższym czasie zaspokoić popytu na ludzką tkankę.

Za przykład niech posłużą setki anegdotycznych wydarzeń opisywanych co roku przez media.

Był rok 2006, siedemdziesięcioletnia Vamal Cattacha, która od lat cierpiała na cukrzycę, odpoczywała na łóżku w przestronnej sali szpitala w Madrasie. Uśmiechnęła się, kiedy wszedłem do pokoju z S. R. Subrammaniyanem, lekarzem ubranym w niebieską koszulę i starannie wyprasowany biały fartuch. Cattacha była pewna, że bez jego pomocy już nigdy nie mogłaby chodzić, a ja przyszedłem tutaj, by opisać jej uzdrowienie. Kilka miesięcy wcześniej starsza pani zauważyła maleńkie rozcięcie na nodze, nie przejęła się nim jednak, pewna, że wkrótce rana się zagoi. Po kilku tygodniach nacięcie zamieniło się w ponadpółmetrowy paskudny wrzód, który ciągnął się od pięty niemal do kolana.

Tego rodzaju wrzody to wśród cukrzyków dość powszechna dolegliwość. W miarę rozwoju choroby żyły i tętnice w kończynach zaczynają zanikać, co utrudnia gojenie nawet drobnych na pozór obrażeń. Małe rany mogą prowadzić do dużych problemów, a w wielu wypadkach do trwałego kalectwa. Według Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (American Diabetes Association) wrzody podobne do tego, który rozwinął się u Cattachy, są przyczyną niemal sześćdziesięciu procent nieurazowych amputacji w amerykańskich szpitalach, czyli około osiemdziesięciu dwóch tysięcy tego rodzaju zabiegów. Nie istnieją oficjalne dane dotyczące amputacji w Indiach, ale wiadomo, że odsetek chorych na cukrzycę jest tam jeszcze wyższy niż w Stanach Zjednoczonych.

Cattacha jednak nie chciała nawet słyszeć o amputacji. Przemierzyła całe południowe Indie, szukając lekarza, który zaproponowałby jej jakieś inne rozwiązanie, dał choćby cień

nadziei. W końcu spotkała Subrammaniyana, do niedawna współpracownika japońskiej firmy badającej komórki macierzyste, która chciała wypróbować nowy rodzaj terapii regeneracyjnej. Nie licząc wrzodu na nodze, Cattacha była całkiem zdrowa, co czyniło z niej idealną kandydatkę do badań.

Na pozór plan był bardzo prosty. Subrammaniyan pobrał bogaty w komórki macierzyste szpik z biodra Cattachy, a potem za pomocą centryfugi oddzielił komórki macierzyste od zwykłych komórek krwi. Przez następny tydzień wstrzykiwał roztwór sporządzony z komórek macierzystych w nogę chorej, a na ranę przeszczepił kawałek skóry.

Po sześćdziesięciu dniach wrzód się zaleczył, a na angiogramach pojawiły się białe linie – ślad nowych żył. Przed terapią krążenie w nodze Cattachy niemal ustało, więc komórki macierzyste najwyraźniej odtworzyły znaczną część zanikającego układu krwionośnego.

Subrammaniyan poinformował o swoim osiągnięciu media i wkrótce miejscowe gazety zaczęły wychwalać zalety nowego, nikomu dotąd nieznanego ośrodka medycznego. Jednak sam lekarz mówił o swoim sukcesie dość oszczędnie i enigmatycznie.

– Nikt nie rozumie do końca, jak to działa – tłumaczył – ale wszczepione komórki macierzyste wiedzą, jak zamienić się w odpowiednie komórki.

Cattacha uratowała nogę, ale ten pojedynczy przypadek nie oznacza jeszcze rewolucji w terapii komórkami macierzystymi. Kiedy opisałem go w „Wired News", amerykańscy lekarze ostrzegali mnie, bym nie wiązał z tym zbyt wielkich nadziei.

„To był pojedynczy incydent, a leczenie prowadzono bez żadnego nadzoru" – napisał w mailu Geoffrey Gurtner, profesor nadzwyczajny, wykładowca na Uniwersytecie Stanforda i ekspert od diety diabetologicznej. „W wielu chorobach zdarza się czasem, że pacjenci wracają do zdrowia bez żadnego leczenia z powodów, których zupełnie nie rozumiemy".

Przez następne trzy lata, kiedy mieszkałem w pobliżu tego szpitala, kontaktowałem się co jakiś czas z lekarzami, by sprawdzić, czy udało im się powtórzyć ów sukces albo czy potrafią chociaż nieco dokładniej wyjaśnić, jak Cattacha wróciła do zdrowia. Nigdy nie mieli dla mnie żadnych naprawdę istotnych wiadomości. Nadal próbowali stosować leczenie komórkami macierzystymi i od czasu do czasu podawali w prasie informacje o sparaliżowanych pacjentach, którzy odzyskiwali częściowo władzę nad swoim ciałem po zastrzykach z własnych komórek. Żaden inny przypadek zaskakującego, niemal cudownego uzdrowienia, który badałem, nie dawał się do końca wyjaśnić ani powtórzyć.

Wynika to z faktu, że tak naprawdę nikt nie wie, jak komórki macierzyste zachowują się podczas terapii. Teoria mówi, że ciało wie, jak się samo uleczyć, a komórki macierzyste wiedzą, gdzie są najbardziej potrzebne, i same naprawiają uszkodzone tkanki. Większość badaczy uważa, że w tym wypadku pełnią jedynie funkcję doręczycieli.

Mimo to ta eksperymentalna terapia cieszy się ogromnym powodzeniem i trudno się temu dziwić. Pacjenci z ciężkimi obrażeniami, złamanym kręgosłupem czy niewydolnymi organami, którzy nie mogą liczyć na skuteczność tradycyjnych terapii, nie mają przecież nic do stracenia. Czy lepiej będzie dla nich trzymać się tego promyka nadziei i pozwolić lekarzom eksperymentować na ich ciałach, czy też poddać się zwątpieniu i rozpaczy?

W New Delhi, odległym od Madrasu zaledwie o trzy godziny lotu, pracuje Geeta Shroff, która prowadzi pionierskie badania nad eksperymentalną terapią komórkami macierzystymi. Nie zależy jej na tym, by zrozumieć dokładnie mechanizm działania komórek macierzystych,

opracowuje po prostu nowe metody i liczy na sukces. Jej badania są ostatnią deską ratunku dla ludzi, którzy próbowali już wszystkiego innego. W swoim laboratorium wstrzykuje zarodkowe komórki macierzyste klientom z całego świata, lecząc w ten sposób złamane kręgosłupy, zaburzenia neurologiczne i różne nieuleczalne choroby. Koszt leczenia wynosi od dwudziestu do trzydziestu tysięcy dolarów za terapię.

Surowe kary i ścisła kontrola organów nadzorujących sprawiają, że tylko nieliczni lekarze z Zachodu odważyliby się leczyć pacjentów eksperymentalnymi mieszankami komórek macierzystych, nie poddawszy ich wcześniej licznym badaniom i próbom. Ale w Indiach wciąż brak odpowiednich przepisów w tej kwestii, co daje Shroff sporą swobodę działania. Przemysł badań klinicznych kwitnie. Pacjenci są przekonani, że Shroff odkryła tajemnicę komórek macierzystych, badaczka jednak rzadko pozwala komuś zajrzeć do swojego laboratorium, nigdy nie przyznała też, ile spośród opracowanych przez nią terapii nie przyniosło skutku.

Trudno powiedzieć, czy Shroff to oszustka, czy wizjonerka. Nie publikuje wyników swoich badań, a jej laboratorium zyskuje sławę dzięki opowieściom o spektakularnych sukcesach. Żaden szanowany naukowiec nie miał do tej pory okazji sprawdzić jej metod. Mridu Khullar, dziennikarka z Delhi, która śledzi karierę Shroff, jako jedna z bardzo nielicznych wybrańców widziała wnętrze jej laboratorium. Opisała też przypadek dwudziestosiedmioletniej Amerykanki cierpiącej na boreliozę, która została przyjęta do kliniki w 2009 roku. Kiedy wróciła do domu, jej lekarz nie znalazł u niej żadnych objawów choroby. W swoim artykule Khullar sugeruje, że Shroff chce za jakiś czas wprowadzić swój środek do aptek, i twierdzi, że będzie to lek na miarę penicyliny. „To był początek ery antybiotyków, które umożliwiły zapobieganie infekcjom i odmieniły oblicze medycyny na całym świecie. Nasze odkrycie ma podobne znaczenie" – cytuje Shroff.

Zagrożenia są oczywiście ogromne. Pozostawione samym sobie, komórki macierzyste wprowadzone do krwiobiegu mogą albo zadziałać leczniczo i uzdrowić pacjenta, albo zamienić się w każdą inną strukturę komórkową. Najgorszą z takich struktur byłby potworniak, czyli rodzaj nowotworu, który ulega dowolnym mutacjom. Potworniaki znane są z tego, że można w ich wnętrzu znaleźć kawałki kości lub zębów. Guz, który wytworzyłby się w nieodpowiednim miejscu, mógłby doprowadzić do śmierci pacjenta.

Bez pełnego zrozumienia funkcjonowania komórek macierzystych – i wiedzy o tym, w jakich warunkach mogą przemienić się w pożyteczne struktury, a w jakich rozwijać się w sposób niekontrolowany – nie powinniśmy badać ich na ludziach, ryzyko jest bowiem zbyt duże. Być może każdy zastrzyk mieszanki Shroff to rosyjska ruletka, podobna do transfuzji krwi z czasów, gdy nie rozróżniano jeszcze jej grup. Czasami taki zastrzyk może zabić. Czasami może uratować życie.

Próbując ograniczyć ryzyko związane z nieprzewidywalnym zachowaniem komórek macierzystych, pewna firma z San Diego umieszcza pojedyncze komórki dokładnie w tym miejscu, w którym powinny się znaleźć. Opierając się na założeniu, że możliwe jest pełne poznanie ludzkiej fizjologii, liczy na to, że kiedyś będzie w stanie tworzyć ludzkie organy praktycznie z niczego. Organovo to maleńka firma biotechnologiczna z siedzibą w niewielkim kompleksie biurowym, stosująca drukarkę trójwymiarową do tworzenia organów i tkanek, które być może kiedyś zostaną wszczepione pacjentom.

Keith Murphy, dyrektor Organovo, ukończył Instytut Technologiczny w Massachusetts oraz studia biznesowe. Mówi, że większość firm z branży opacznie rozumie terapię komórkami macierzystymi.

– Problem polega na tym, że chcą wstrzykiwać komórki macierzyste i czekać, aż zaczną pracować same. Ale jeśli wpuścimy komórki do krwiobiegu, większość z nich przepływa swobodnie po całym ciele. Nikt nie wie, dokąd trafią.

Dodaje, że nawet jeśli takie podejście nie stwarza zagrożenia, to nic dziwnego, iż tylko nieliczni lekarze osiągnęli jakieś rezultaty w badaniach klinicznych, skoro komórki nie trafiają tam, gdzie powinny.

Murphy uważa, że komórki macierzyste reagują na otoczenie i mogą stworzyć praktycznie każdą strukturę organiczną, jeśli tylko otrzymują właściwe wskazówki. W 2007 roku partnerska firma Organovo z Missouri wykazała, że bijące komórki serca poruszają się w tym samym rytmie, jeśli umieści się je obok siebie. Oznaczało to, że komórki mogą komunikować się między sobą nawet w sztucznie stworzonym środowisku, a tym samym, że został spełniony najważniejszy warunek konieczny do wydrukowania sztucznego serca.

Na razie jednak branża drukowania organów posuwa się naprzód maleńkimi kroczkami.

Murphy każe mi włożyć lekarski kitel, foliowe osłony na buty, maskę i czepek, a potem prowadzi mnie do sterylnego pomieszczenia. Trzech laborantów pochyla się nad długim metalowym urządzeniem, które niczym drukarka atramentowa przesuwa do przodu i do tyłu igłę nad kulturą komórek. W istocie jest to właśnie trójwymiarowa drukarka, która układa komórki w odpowiednie formy, tworząc sztuczne żyły i tętnice. Dostrzegam białą żyłkę, niewiele grubszą od nitki makaronu, rozwieszoną między dwoma uchwytami w lodówce obok drukarki. Ten drobny kawałek tkanki jeszcze nie dojrzał, ale wkrótce komórki naniesione na strukturę żyły podczas drukowania rozrosną się i połączą ze sobą. Wtedy będą już w stanie wytrzymać ciśnienie odpowiadające ciśnieniu ludzkiej krwi, a tym samym będą gotowe do przeszczepu.

Ludzie, którzy zaprojektowali drukarkę organów, traktują ciało w taki sam sposób, w jaki murarz traktuje budynek z cegieł. Ludzki organizm jest niezwykle skomplikowany, ale ostatecznie jesteśmy tylko grupą połączonych ze sobą komórek. Gdyby istniał diagram określający pozycję i rodzaj każdej komórki, to przy użyciu odpowiednio zaawansowanej technologicznie maszyny można by po prostu zbudować nowego człowieka – albo, ujmując rzecz realistyczniej, drukować ludzkie części na zamówienie.

Proces zaczyna się od wyhodowania kultury materiału komórkowego pobranego z ciała pacjenta. Zwykle jest to odrobina szpiku kostnego lub fragment wątroby. Komórki hoduje się w laboratorium, aż osiągną masę na tyle dużą, że można je podzielić na maleńkie, podobne do kropel porcje, które nadają się do drukowania. Następnie drukarka układa każdą z komórek według przygotowanego wcześniej wzoru, tworząc w ten sposób tkanki i organy. W 2010 roku Organovo rozpoczęło próby na zwierzętach, którym wszczepia komórki nerwowe i tętnice. Firma ma nadzieję, że wkrótce będzie mogła przystąpić do badań na ludziach.

Drukowanie organów z pewnością przewyższa pod pewnymi względami zwykłe terapie komórkami macierzystymi, ale miną jeszcze dziesięciolecia, nim ta technologia przyniesie ludziom wymierne korzyści. Największą trudność sprawia badaczom połączenie różnych rodzajów komórek, które współistnieją w każdej części ciała. Murphy wskazuje na sztuczne

naczynie krwionośne, które trafi kiedyś do organizmu myszy.

– Mógłbym wydrukować na jutro całą masę komórek wątroby, ale do tej pory nie udało nam się stworzyć naczyń krwionośnych, które znajdują się w wątrobie, i wydrukować ich w tym samym czasie, co komórki wątroby.

Bez stałego dopływu substancji odżywczych komórki umierają, ale przy użyciu współczesnych metod potrzebują aż kilku dni, by zagnieździć się w systemie naczyniowym i wytrzymać ciśnienie ludzkiej krwi. Gdyby wpompować do nich krew przed upływem tego czasu, uległyby zniszczeniu.

Murphy dodaje, że obecnie najważniejszym zadaniem jest pokonanie przeszkód technicznych związanych z dojrzewaniem komórek różnego typu we wnętrzu sztucznej tkanki.

– Powstrzymuje nas jedynie brak środków. Gdyby rząd uznał te badania za priorytetowe, dopracowalibyśmy tę technologię w ciągu kilku lat – odpowiada, gdy pytam, czy firma poradzi sobie ze stojącymi przed nią wyzwaniami.

Organovo znajduje się w podobnej sytuacji jak firmy biotechnologiczne w Indiach. Współczesna technologia podpowiada, jak rozwiązać uporczywe problemy, ale musi minąć jeszcze dużo czasu, nim uda się udowodnić jej skuteczność. Kiedy Organovo rozpoczęło swoją działalność, media internetowe pisały, że lada moment zacznie się nowa era sztucznych organów. Nauka jednak wciąż nie nadąża za naszymi oczekiwaniami. Murphy wcale nie jest pewien, czy nawet przy potężnym dofinansowaniu ze strony państwa udałoby im się opracować technologię tworzenia w pełni funkcjonalnych sztucznych organów w czasie krótszym niż dziesięć lat. Najprawdopodobniej musielibyśmy pracować na to znacznie dłużej.

Syntetyczna tkanka, cudowne terapie i nieśmiertelne komórki macierzyste być może rozwiążą kiedyś problem globalnego niedoboru tkanki, a zakłady produkcyjne zastąpią czerwony rynek nastawiony na eksploatację ludzkich ciał. Wszyscy chcemy wierzyć w opowieści, w których pomysłowi naukowcy ratują sytuację i znajdują alternatywne rozwiązanie dzisiejszych problemów. Jakie jednak poniesiemy koszty, nim badania na pograniczu *science fiction* przyniosą wymierne, rzeczywiste rezultaty? Obecnie istnieje już system gospodarczy zapewniający ogromne ilości ludzkiego surowca dla chorych, którzy mogą zań zapłacić. Już teraz traktujemy ludzką tkankę tak, jakby jedynym problemem był jej zakup.

Podstawą działalności każdego rodzaju czerwonego rynku jest nadzieja, że fragment tkanki pobrany od innego człowieka uczyni życie biorcy lepszym w taki czy inny sposób. W niektórych przypadkach rzeczywiście tak się dzieje. Kwestia podaży spychana jest na dalszy plan, jakby był to tylko drobny szczegół techniczny, który można łatwo obejść. Mało komu zależy na zmianie obecnej sytuacji, bo niemal wszyscy wierzymy, że dzisiejsze rozterki etyczne wkrótce staną się anachronizmami z odległej przeszłości. Zamiast żyć w niepewnej przyszłości, może lepiej zbadać, co się naprawdę dzieje w łańcuchach dostaw różnych obszarów czerwonego rynku.

Znów jestem na Cyprze, przyglądam się, jak Savvas Koundouros wyciąga z pogniecionej paczki piątego papierosa, zapala go i zaciąga się głęboko dymem. Stoimy na dachu budynku, obok małej lodówki z mniej wrażliwymi materiałami, dla której nie ma miejsca w laboratorium. Tam muszą się przede wszystkim znaleźć zbiorniki kriogeniczne z setkami zamrożonych embrionów, które czekają, aż Koundouros zaimplantuje je w macicy jakiejś kobiety.

– Tak – mówi, kiwając głową. – Komórki macierzyste to przyszłość.

Na razie jednak zajmuje się zbieraniem embrionów i sprzedawaniem ich kobietom, które chcą i mogą za nie zapłacić.

10

Czarne złoto

Szatniarz, który wychyla się przez staromodne okienko kasowe, bierze moje buty i układa je na olbrzymiej stercie, obok tysiąca innych par. Stąd nie ma już drogi odwrotu. Tłum ludzi niesie mnie ze sobą przez kilka żelaznych bram, a ja posłusznie drepczę po spękanym betonie. Kiedy przechodzimy z holu do właściwej świątyni, betonową posadzkę zastępują chłodne białe płytki. Dopiero po piętnastu minutach udaje mi się przecisnąć przez ciżbę do miejsca, gdzie umundurowany mężczyzna w budce wręcza mi papierowy kupon z kodem kreskowym i wizerunkiem Wenkateśwary – wcielenia hinduistycznego boga Wisznu. Kilka metrów dalej natykam się na urzędnika w poplamionej brązowej koszuli, który wręcza mi dwie żyletki – jedną do głowy, drugą do twarzy.

Tłum mężczyzn i kobiet idzie w dół szerokich schodów o podestach pokrytych grząską mieszanką letniej wody i czarnych włosów. W wilgotnym powietrzu unosi się zapach zjełczałego oleju kokosowego. Schody prowadzą do olbrzymiej, wykładanej płytkami komnaty, przypominającej zaniedbany basen olimpijski, gdzie mężczyźni stoją w długich szeregach przed ławkami – również wyłożonymi płytkami – które ciągną się wzdłuż ścian. (Kobiety skierowano do innego pomieszczenia). Na środku znajdują się cztery potężne kadzie ze stali.

Odnajduję na jednej ze ścian kod z mojego kuponu – MH1293 – i zajmuję miejsce w kolejce około pięćdziesięciu obnażonych do pasa mężczyzn w czarnych sarongach. Pielgrzym na czele kolejki pochyla się nisko, podczas gdy mężczyzna z maszynką w dłoni rozprawia się szybko z jego czarnymi lokami. Zadowolony ze swego dzieła fryzjer podnosi wzrok, zauważa mnie i przywołuje do siebie. Spod poszarpanej tkaniny, którą przewiązał się w pasie, widać białe, prążkowane bokserki. Z pewnością nie jest to kapłan, a raczej zwykła pszczoła robotnica w świętym ulu.

Przyjmuję odpowiednią pozycję, podczas gdy mężczyzna mocuje moje żyletki w maszynce.

– Zacznij się modlić – mówi.

Próbuję przypomnieć sobie twarz boga, ale nie mam na to czasu – fryzjer nagina moją głowę jeszcze niżej i przesuwa po niej maszynką z wprawą doświadczonego owczarza. Potem łapie mnie za podbródek, wsuwa mi palec do ust i zabiera się do zgalania brody. Patrzę, jak kępki brązowych włosów opadają na podłogę, dołączając do ciemnej, wilgotnej papki, po której przed chwilą stąpałem.

Facet z kręconymi włosami, który stał przede mną, także jest już łysy. Na jego głowie widać kilka drobnych nacięć, z których cienkimi strużkami wypływa krew. Mężczyzna spogląda na mnie i uśmiecha się szeroko.

– Wenkateśwara będzie zadowolony – mówi.

Jego żona ofiarowuje swoje włosy w drugiej sali. Oboje wrócą do swej wioski oznaczeni powszechnie znanym symbolem pokory i oddania. Obok przemyka kobieta w niebieskim sari, która zabiera z ziemi moje włosy i wrzuca je do wiadra. Gdy wiadro jest już pełne, staje na palcach i wrzuca jego zawartość do jednej z wielkich kadzi. Nim dzień dobiegnie końca, wszystkie kadzie będą wypełnione włosami przeznaczonymi do sprzedaży na aukcji.

Witajcie w centrum fryzjerskim Kalyana Katta świątyni Sri Tirumala w indyjskim stanie

Andhra Pradeś, kolebce najbardziej lukratywnego na świecie handlu ludzkimi włosami. Zebrane tutaj włosy stanowią część wartej pół miliarda dolarów gałęzi przemysłu kosmetycznego, który mocuje prawdziwe indyjskie włosy „najwyższej jakości” na głowach Amerykanek – głównie czarnoskórych – marzących o długich, prostych fryzurach. Wartość sprzedaży na globalnym rynku ludzkich włosów sięga niemal dziewięciuset milionów dolarów, przy czym wartość ta nie obejmuje opłat za przymocowanie, pobieranych przez salony piękności.

Kobiety, które chcą wyglądać olśniewająco, wiedzą, czego szukać. Mówi się o tym *remy hair*, co właściwie stanowi synonim włosów z Indii. Salony cenią je ze względu na sposób, w jaki są ścinane – jednym prostym cięciem, co pozwala zachować ułożenie zewnętrznej, podobnej do gontu warstwy włosów, a tym samym ich wytrzymałość, połysk i miękkość. To właśnie wyróżnia *remy hair* i to decyduje o wysokiej cenie. Droga, jaką wędrują włosy ścięte z głów hinduistów, nim zostaną umocowane na czaszkach amerykańskich piękności, stanowi łańcuch dostaw różny od wszystkich innych odmian czerwonego rynku. Dzieje się tak dlatego, że w tym wypadku altruizm, przejrzystość i komercjalizm doskonale się równoważą, więc praktycznie nie ma tu mowy o czarnym rynku.

Imię Tirumala, wymienione w hinduistycznym poemacie epickim *Mahabharata*, jest magnesem, który rocznie przyciąga z południowej Azji pięćdziesiąt tysięcy pielgrzymów zabiegających o przychylność swojego boga. Oprócz datków pieniężnych mniej więcej co czwarty oferuje swoje włosy, które potem trafiają do bogów rynku i przynoszą im zysk szacowany na dziesięć, piętnaście milionów dolarów rocznie. Świątynia chwali się, że łącznie z datkami pieniężnymi zbiera co roku większy majątek niż Watykan, co wydaje się mało prawdopodobne. Tak czy inaczej, zarządcy świątyni ogłosili, że zamierzają wyłożyć ściany sanktuarium złotem. Zyski ze sprzedaży włosów są przeznaczane na utrzymanie świątyni i pomoc dla potrzebujących.

Indyjskie włosy sprzedaje się na dwa różne rynki. Większość, czyli około pięciuset ton rocznie, to krótkie włosy mężczyzn kupowane przez firmy chemiczne, które wykorzystują je do produkcji nawozu lub L-cystyny. Jest to aminokwas, który daje włosom wytrzymałość, ale stanowi też doskonały dodatek do pieczywa i innych produktów. Cenniejsze włosy kobiet – pracownicy świątyni nazywają je „czarnym złotem” – wiąże się w pęczki i wynosi na najwyższe piętro centrum fryzjerskiego, gdzie kobiety w tanich kwiecistych sari sortują je według długości. Uzbrojony strażnik obszukuje wszystkich, którzy stamtąd wychodzą. Nie ma mowy, by ktoś go przechytrzył i wyniósł chociaż jeden cenny kosmyk.

Ludzkie włosy zawierają przeróżne wydzieliny, między innymi pot i krew, a do tego cząsteczki jedzenia, wszy i olej kokosowy, którego hindusi używają jako odżywki. Jeśli ułoży się dwadzieścia jeden ton tego materiału w zagrzybionej sali, trudno wytrzymać wydobywający się z niego smród. Jedna z ochotniczek, kobieta z długimi włosami splecionymi w ciasny warkocz, chyba uśmiecha się do mnie, ale jej usta i nos zakryte są skrawkiem materiału, więc równie dobrze może się krzywić. Przyglądam się pracy kobiet i nagle wydaje mi się, że góra czarnych, lśniących włókien zaczyna drżeć i podskakiwać – chwilę potem wypada z niej szczur o długości niemal trzydziestu centymetrów, który przebiega przez salę i znika w stercie brezentowych worków. Trudno sobie wyobrazić, że fragmenty tego śmierdzącego surowca pewnego dnia ozdobią głowy amerykańskich gwiazd muzyki pop.

Kariera świątynnych włosów jako materiału kosmetycznego zaczęła się dość skromnie. Aż do początku lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku świątynia po prostu paliła zebrane włosy. W latach dziewięćdziesiątych rząd zabronił tej praktyki, by zapobiec skażeniu środowiska, ale do tego czasu świątynia znalazła już zyskowniejszy sposób na pozbycie się niepotrzebnych odpadów. W Tirumali pojawili się perukarze szukający taniego surowca. Na pierwszej aukcji, która odbyła się w roku 1962, kilogram włosów osiągnął wartość szesnastu rupii (równowartość dzisiejszych dwudziestu czterech i pół dolara). Teraz ceny są dziesięciokrotnie wyższe, a aukcje stały się polem zażartej walki.

Aby zobaczyć to na własne oczy, jadę do odległego o kilka kilometrów miasteczka Tirupati, gdzie funkcjonuje dział sprzedaży świątyni, zarządzający całym zespołem magazynów wypełnionych włosami. W dużej sali konferencyjnej przy stołach siedzą indyjscy przedstawiciele czterdziestu czterech firm, gotowi zainwestować miliony dolarów w skomplikowany proces zakulisowych negocjacji.

– Handel włosami jest wyjątkowy – mówi Vijay, który jest właścicielem firmy eksportującej włosy i podobnie jak wielu innych Hindusów z południa, używa tylko jednego imienia. – W każdej innej branży kupno towaru jest proste; znacznie trudniej sprzedać go potem detalistom. Tutaj wszystko jest postawione na głowie. Włosy łatwo sprzedać, ale trudno je kupić.

Handel indyjskimi włosami przypomina inne obszary czerwonego rynku pod tym względem, że wszelkie rodzaje ludzkiej tkanki to materiał trudny do zdobycia. Mężczyźni i kobiety, którzy oddają swoje włosy, robią to w imię boga. Świątynia wzniosła kilka budynków przeznaczonych dla wiernych, którzy przybywają tu codziennie setkami, by złożyć ofiarę ze swoich włosów, lecz nie chwali się przed nimi, jak potem zarabia na ich darze. Jednakże w odróżnieniu od innych rodzajów ludzkiej tkanki włosy są zasadniczo odpadkiem, a nabrały wartości dzięki temu, że zaczęto nimi handlować. (To samo można powiedzieć o innych częściach ciała. Nim rozwój medycyny umożliwił przeszczepy nerek, rynek tych narządów po prostu nie istniał).

Dlatego właśnie włosy można traktować jako normalny towar kupowany i sprzedawany na kilogramy, a nie jako rzecz szczególną o istotnej i wyjątkowej historii biologicznej. To jedyny przypadek, w którym czysty altruizm nie stoi w sprzeczności z handlem na rynku ludzkich materiałów. Co nie oznacza, że sprzedawcy włosów nie spierają się o zyski.

Widzę, jak napięcie na aukcji rośnie. Świątynia chce uzyskać lepszą cenę niż w zeszłym roku, a handlarze obawiają się, że ogólnoświatowy kryzys dotknie również zewnętrzne rynki zbytu. W połowie wieczora największy indyjski pośrednik w handlu włosami – K. K. Gupta, właściciel firmy Gupta Enterprises, która w 2008 roku zarobiła czterdzieści dziewięć milionów dolarów – oskarża zarządców świątyni o zawyżanie cen i wychodzi z sali. Po godzinie, którą Gupta spędza w samochodzie na parkingu, dzwoniąc do znajomych i grożąc nagłośnieniem sprawy w gazetach, cena zostaje nieco obniżona. Wtedy inny pośrednik oskarża Guptę o próbę zmonopolizowania rynku. Trzeba rozdzielić zwaśnionych licytantów, nim dojdzie do rękoczynów.

Mijają kolejne trzy godziny, zbliża się północ. Cena za najdłuższy i najwytrzymalszy produkt waha się w okolicy stu dziewięćdziesięciu trzech dolarów za kilogram (siedemdziesiąt dolarów mniej niż w zeszłym roku, jak się dowiaduję). Potem przez kilka dni

ciężarówki będą przewozić włosy do fabryk dystrybutorów, w których nastąpi cudowna przemiana ludzkich odpadków w luksusowy produkt.

Około stu czterdziestu kilometrów od sali aukcyjnej, na obrzeżach Madrasu, znajduje się działka przemysłowa, gdzie na kolejną dostawę czeka George Cherian, prezes Raj Impex, jednego z największych eksporterów włosów w Indiach. Włosy trzeba odwszawić, rozplątać, umyć w kadziach z detergentami i rozczesać – dopiero wtedy jest to towar o jakości eksportowej.

– Właśnie tutaj nasz produkt nabiera prawdziwej wartości, kiedy przywracamy włosom blask i zamieniamy je ze śmieci w coś pięknego – mówi Cherian. Wyjmuje kosmyk włosów o grubości pejcza i mówi, że na rynku międzynarodowym dostanie za niego piętnaście dolarów.

Jak twierdzi Cherian, większość włosów sprzedawanych w Indiach nie zostaje ścięta z myślą o sprzedaży – pochodzi z koszy na śmieci, podłóg zakładów fryzjerskich i grzebieni długowłosych kobiet. Wędrowne rodziny i małe firmy szukają włosów w prywatnych domach, wymieniając je na spinki, frotki i drobne ozdoby.

– Zbieraniem i sortowaniem włosów zajmują się w Indiach dziesiątki tysięcy ludzi – mówi Cherian. – Zasada jest prosta: *remy hair* wędrują do Stanów, reszta do Afryki.

Idziemy do magazynu, gdzie pokazuje mi czterysta kilogramów *remy hair* zapakowanych w skrzynki, które mają trafić do różnych miast na całym świecie. W magazynie leży jeszcze kilka ton takich paczek gotowych do wysyłki.

– Popyt jest ogromny – mówi Cherian. – Ale nie wydaje mi się, żeby ktokolwiek poza Indiami mógł na tym zarobić. Nam się udaje dzięki taniej sile roboczej. We Włoszech czy Kalifornii nikt nie byłby w stanie przygotować włosów mniejszym kosztem.

Kiedy pytam go o handlarzy włosami gorszej jakości, Cherian proponuje, bym skontaktował się z grupą Cyganów, którzy mieszkają przy torach kolejowych na północ od Madrasu. Mówi, że muszę pojechać tam wcześnie rano, jeśli chcę ich złapać.

Nazajutrz o ósmej rano siedzę za kierownicą czarnego hyundaia santro i pędzę na północ wąskimi uliczkami miasta. Obok mnie siedzi jeden z agentów Cheriana, Damodharan, który utrzymuje kontakty z Cyganami i kupuje od nich włosy. Pokazuje, że mam wjechać na boczną gruntową drogę obok osiedla, w którym mieszkali niegdyś pracownicy kolei. Wydaje mi się, że jedziemy w szczere pole, ale po chwili dostrzegam grupkę ludzi przykucniętych w cieniu, obok małego ogniska. Damodharan wysiada z samochodu i przedstawia mnie Rajowi, szczupłemu dwudziestokilkulatkowi o gęstej, czarnej czuprynie. Kiedy mówię mu, że chciałbym dowiedzieć się czegoś więcej o handlu włosami, uśmiecha się szeroko, wraca do swojego obozowiska i sięga do wnętrza szerokiej rury, która powinna zapewne odprowadzać wodę spływającą z drogi. Potem teatralnym gestem wyciąga z niej olbrzymią foliową torbę i przynosi ją do mnie.

Zaglądam z ciekawością do środka, a Raj odsłania kłębek tłustych włosów wielkości poduszki.

– Włosy można znaleźć prawie wszędzie – mówi.

Opowiada, że rano zarzuca na plecy brezentowy worek i wędruje po ulicach miasta, zaglądając do koszy na śmieci i na pobocza.

– Ludzie po prostu je wyrzucają, a czasami kupujemy je od nich za grosze.

Damodharan daje Rajowi osiemset rupii (dwadzieścia dolarów) za worek pełny włosów gorszej jakości zebranych w mieście.

W fabryce Raj Impex robotnicy rozczesują dosłownie tysiące podobnych kłębków. Kiedy już je rozdzielą, wiążą włosy w pęczki i naszywają na paski tkaniny. Przetwarzanie włosów gorszej jakości jest ogromnie pracochłonne, a przynosi zaledwie jedną trzecią tych zysków, co *remy hair*. Z dłuższych włosów tego rodzaju robi się tanie peruki, pozostałe służą jako wypełniacz do materacy albo zostają przetworzone na dodatki do żywności. Tak czy inaczej, dzięki dostępności tysięcy ton tego materiału handlarze znajdują sposoby, by na nim zarobić. Podobnie jak w wypadku każdego innego towaru, duża podaż tanich włosów oznacza, że ktoś postara się je wykorzystać i pobudzić popyt.

Włosy najlepszej jakości z Madrasu trafiają do salonów fryzjerskich we wszystkich niemal zakątkach świata, ale jak już wspomniałem, największym powodzeniem cieszą się w miejscach zamieszkanych głównie przez czarnoskórych Amerykanów. Tamtejsze klientki cenią indyjskie włosy głównie za to, że są czarne, lśniące i proste.

Większość lokali przy Nostrand Avenue w Brooklynie zajmują salony piękności, jakby ten obszar został zarezerwowany wyłącznie dla tego rodzaju działalności. Jednym z takich przybytków, salonem o nazwie Grooming Room, zarządza Tiffany Brown, kapłanka modnych fryzur. Kiedy spotykam się z nią po raz pierwszy, w piątek, ma krótką grzywkę i loki sięgające podbródka. W sobotę wygląda zupełnie inaczej: nosi włosy ściągnięte w ciasny kucyk o długości zaledwie kilku centymetrów. Przypuszczam, że w niedzielę z jej głowy będą spływać wspaniałe loki sięgające daleko poza ramiona. Sekret tych niesamowitych przemian? *Remy hair* z fabryk w rodzaju Raj Impex.

– To niezbędny dodatek, jak kolczyki albo naszyjnik – mówi Tiffany. – Dzięki niemu każdego dnia mogę być, kim tylko chcę.

Jej klientki myślą podobnie: płacą około czterystu dolarów miesięcznie za przedłużanie włosów, niektóre wydają na to nawet kilka tysięcy. Zarówno salony takie jak Grooming Room, jak i celebrytki, które gotowe są wyłożyć dziesięć tysięcy dolarów i więcej za jedną perukę lub przedłużenie włosów, niemal stale potrzebują indyjskich włosów. „Jeśli kupujesz tanie i byle jakie włosy – pisze wzgardliwie na swoim blogu jeden z dostawców – to będziesz miał byle jaką fryzurę”.

– Jedyne włosy, jakie warto kupować, to *remy hair* – mówi jedna z klientek Tiffany, kobieta z włosami nawiniętymi na olbrzymie wałki. – Podobno biorą je tylko od dziewic.

Choć nie jest to do końca prawda, włosy doczepione do jej głowy rzeczywiście są wyjątkowe, choćby dlatego że zostały złożone bogu w akcie pokory, a ostatecznie trafiły do jednego z najbardziej cenionych salonów piękności w Ameryce.

Posłowie

Oda do Loretty Hardesty

Pod koniec 1946 roku dwudziestokilkuletnia kobieta w spódnicy do kostek i bluzce wyszywanej kolorowymi kwiatami rysowała coś na płótnie ustawionym na sztaludze pośrodku cmentarza w San Miguel de Allende w Meksyku. Zniszczone stare krzyże, a właściwie kiepsko zbite i butwiejące deski, wystawały z rozkopanej ziemi pod dziwnymi kątami, wszędzie dokoła walały się rozrzucone luzem kości. Kości udowe, żebra i czaszki bez zębów leżały w nieładzie, przemieszane ze sobą, tak że nie dało się już określić, które kości należały do którego ciała. Dwaj chłopcy przyglądali się, jak kobieta sięga po węgiel i szkicuje makabryczną scenę. Loretta Hardesty z miejscowości Butte w Montanie pojechała na południe, do Meksyku, by studiować na tamtejszej Akademii Sztuk Pięknych.

Kilka metrów dalej ustawił się fotograf z Niemiec, który uciekł przed prześladowaniami w ojczyźnie i zmodyfikował swoje imię i nazwisko, tak by brzmiało jak meksykańskie. Juan Guzman, bo tak się teraz nazywał, ustawił ostrość w aparacie i wykonał serię zdjęć. Jedno z nich ukazało się w czasopiśmie „Life” 4 stycznia 1947 roku.

Artykuł spotkał się z tak ogromnym odzewem, że uczelnia, na której studiowało do tej pory tylko piętnaścioro Amerykanów, otrzymała ponad sześć tysięcy podań na następny rok. Szczególną popularnością szkoła cieszyła się wśród nowego pokolenia amerykańskich żołnierzy, którzy uważali, że tanie życie oraz malowanie aktów i czaszek w Meksyku będzie znacznie przyjemniejsze niż wiązanie końca z końcem w domu. Po raz pierwszy w historii uczelnia musiała odrzucić część podań.

Szkoła sztuk plastycznych potrzebowała co najmniej dwóch rodzajów ciał – żywych studentów, którzy mogli zapłacić za studia, oraz zwłok z miejscowego cmentarza, które mimo woli pozowały do szkiców anatomicznych. Zdjęcie z „Life” jest szokujące nie tyle dlatego, że przedstawia straszliwą zbrodnię, ale raczej ze względu na zestawienie ładnej, młodej kobiety z porozrzucanymi dokoła kośćmi. Dla studentki sztuk pięknych nie miało znaczenia to, jak kości znalazły się poza grobami, ważny był jedynie fakt, że stanowią dobry temat do szkiców anatomicznych. Ten obraz pokazuje w miniaturze wszystkie rodzaje czerwonego rynku, jakie kiedykolwiek istniały. Zarówno Guzman, jak i Hardesty są biernymi obserwatorami łańcucha dostaw, który zaczyna się od ludzkiej tragedii.

Kiedy patrzę na tę fotografię, zastanawiam się, co powiedziałby o niej Mohammed Mullah Box, dozorca cmentarny, którego poznałem pod Kalkutą. Każdego wieczora obchodzi cmentarz obok swojej wioski i zastanawia się, czy może zostawić ciała zmarłych bez opieki, czy też powinien czuwać przez całą noc, nasłuchując wszelkich podejrzanych dźwięków. Wie tylko, że wcześniej czy później złodzieje uderzą ponownie i że nie zdoła ich powstrzymać swoją bambusową laską. Dla mieszkańców Harbati okradanie grobów nie jest w żadnej mierze rzeczą obojętną.

Badam różne rodzaje czerwonego rynku niemal od czterech lat i nie szokują mnie już makabryczne szczegóły sekcji zwłok ani zbrodnie, do jakich posunie się przestępca, by zdobyć ludzki surowiec. Zaskakuje mnie raczej to, jak łatwo przychodzi nam po prostu wzruszyć ramionami i zignorować łańcuch dostaw.

Większość z nas nie ma nic przeciwko kupowaniu ciał i różnych narządów, dopóki nie

wiemy, skąd właściwie pochodzą. Najlepiej byłoby, gdybyśmy nabywali ludzkie nerki, podobnie jak zaopatrujemy się w mięso w sklepie – owinięte w papier lub folię i pozbawione jakichkolwiek śladów cierpienia czy zbrodni. Na pewnym poziomie wszyscy wiemy, że sprowadzenie ludzkiego ciała na rynek wiąże się z jakimś poświęceniem, ale nie chcemy znać zbyt wielu szczegółów.

Niejeden spośród nas zna kogoś, komu życie uratowała transfuzja krwi, albo rodzinę, która adoptowała dziecko z zagranicy. Być może spotkaliśmy ludzi, którzy skorzystali z leczenia niepłodności albo żyją dzięki przeszczepowi. Z pewnością znamy lekarzy, którzy uczyli się anatomii na prawdziwych ludzkich szkieletach, i zażywaliśmy lekarstwa testowane na ludzkich królikach doświadczalnych.

To dobrze, że takie rzeczy istnieją. Niektóre z najważniejszych odkryć w nauce były możliwe tylko dlatego, że traktowaliśmy ludzi jak rzeczy. To, kim jesteśmy jako ludzie, zależy w dużej mierze od tego, kim jesteśmy jako mięso. Zwykle radzimy sobie jakoś z kontrolą tego trudnego obszaru między naszym fizycznym „ja" i tą częścią nas, którą z braku lepszego określenia nazywamy tu duszą.

Przestępcze i nieetyczne gałęzie czerwonego rynku są znacznie mniejsze niż ich legalne odpowiedniki. Według Światowej Organizacji Zdrowia około dziesięciu procent organów przeszczepianych na całym świecie pochodzi z nielegalnych źródeł. Możemy założyć, że podobne wartości odnoszą się do wszystkich innych rodzajów czerwonego rynku.

Stawka jest wysoka. To, kim jesteśmy jako społeczeństwo, zależy od sposobu, w jaki potraktujemy owe dziesięć procent. Czy pozwolimy, by handlarze krwią i porywacze dzieci kontynuowali swój proceder i spisywali ludzi na straty, traktując to jako jeden z koniecznych kosztów tego rodzaju działalności? Bezkarność handlarzy nerek z Trzeciego Świata oraz ogromna liczba wykorzystywanych kobiet z Europy Wschodniej, które sprzedają swoje komórki jajowe, ma tyle samo wspólnego z nierównościami gospodarczymi na świecie, ile ze sposobem, w jaki traktujemy czerwony rynek. Czy możliwe jest w ogóle stworzenie systemu, który zminimalizuje szkody na wszystkich obszarach tego rynku?

Zmniejszenie liczby przestępców to nie tylko problem prawny: rozwiązanie musi być wynikiem fundamentalnego przewartościowania naszych zastałych poglądów na temat świętości ludzkiego ciała, gospodarki, altruizmu i prywatności. Nie możemy dłużej traktować popytu na ciała i ludzką tkankę jako prostej, łatwej do ustalenia wartości, na którą trzeba reagować jedynie poprzez zwiększenie podaży. Okazuje się bowiem, że popyt na organy, włosy, dzieci i kości jest przede wszystkim funkcją podaży. Jeśli w Azji można bez trudu zdobyć kości, to ktoś znajdzie sposób, by je wykorzystać. Jeśli na rynku pojawi się więcej nerek, lekarze znajdą więcej pacjentów, którzy spełniają warunki kwalifikujące do przeszczepu. Im głośniej agencje adopcyjne będą mówić o przeludnionych sierocińcach, tym więcej małżeństw zdecyduje się przyjąć dzieci do swoich domów. I im więcej komórek jajowych znajdzie się na otwartym rynku, tym więcej ludzi będzie podróżować za granicę, by je przyjąć.

Popyt sam w sobie nie ma znaczenia. Fakt, że istnieje duże zapotrzebowanie na podrasowane auta sportowe, bomby atomowe, pierwsze wydania komiksów ze Spider-Manem i zegarki Rolexa, nie oznacza jeszcze, że możemy lub powinniśmy zwiększać podaż tych towarów. Bez podaży popyt jest nieistotny.

Posłużmy się przykładem popytu na krew. Choć dzięki dużym zapasom krwi zgromadzonym w pierwszej połowie minionego wieku lekarze mogli znacząco poprawić techniki operacyjne, niektóre grupy religijne – szczególnie Stowarzyszenie Chrześcijańskiej Nauki, a potem również świadkowie Jehowy – sprzeciwiały się transfuzji krwi w jakiejkolwiek formie. Z biegiem lat całkowity brak popytu na krew wśród członków tych wyznań doprowadził do prywatnego finansowania badań związanych z prowadzeniem operacji bez przetaczania krwi, co zaowocowało znaczącym ulepszeniem takich technik. Początkowo lekarze gotowi byli marnować krew, byle tylko udoskonalić swoje umiejętności. Kiedy jednak okazało się, że nie mogą stosować rutynowych procedur wobec wszystkich pacjentów, zakaz transfuzji spowodował gwałtowny rozwój technologii redukujących utratę krwi podczas operacji.

Dzisiaj w szpitalach amerykańskich i europejskich, które mają dostęp do zaawansowanych technologii, w wielu procedurach operacyjnych używa się bardzo mało krwi albo nie używa się jej wcale. Nauka rozwija się na różne sposoby, niewykluczone więc, że pewnego dnia sztuczne narządy staną się na tyle doskonałe i niezawodne, by wykluczyć potrzebę przeszczepiania żywych organów.

Co jeszcze ważniejsze, nie da się zbudować systemu gospodarczego, który polega na altruizmie jako na źródle ludzkiego surowca. W świecie idealnym nikt nie kupowałby ani nie sprzedawał innego człowieka – wymiana organów opierałaby się wyłącznie na dobrej woli i zasadzie wzajemności. Nie żyjemy jednak w takim świecie. Bardzo niewielu ludzi dobrowolnie oddaje swoje nerki albo komórki jajowe czy też ryzykuje zdrowie podczas badań nowych leków. Chociaż nie wierzę, że transakcje handlowe dotyczące ludzkiej tkanki doprowadzą do zaniku czarnego rynku, z pewnością hipokryzja, jaką jest wykorzystanie altruizmu do zdobywania taniego ludzkiego surowca, w niczym nie służy poprawie aktualnej sytuacji. Ponieważ obecnie kwoty wypłacane za organy i tkankę ludzką są bardzo skromne, na taki krok decydują się jedynie ludzie z najniższych szczebli drabiny społecznej.

W przypadku międzynarodowych adopcji altruizm wykorzystywany jest jako pretekst w jeszcze bardziej przewrotny sposób. Zamiast pomagać dzieciom, które tkwią w sierocińcach, niektóre agencje za pieniądze z opłat adopcyjnych finansują działalność przestępczą.

Mimo że temat bezinteresownego poświęcenia ładnie prezentuje się na papierze i w mowach wygłaszanych w Kongresie, altruizm nie jest godną zaufania podstawą gromadzenia i dystrybucji ludzkich ciał. W najlepszym wypadku zmniejsza motywację osób, które mogłyby zasilić czerwony rynek, a w najgorszym jest wygodną przykrywką dla wyzysku dawców.

Trzeba również zauważyć, że czerwony rynek będzie rozkwitał dopóty, dopóki legalne rynki nie będą działać przejrzyście. Aby wymiana jakichkolwiek ludzkich organów lub tkanki była uczciwa, łańcuch dostaw musi być w pełni jawny.

Nawet w najlepszych szpitalach w Stanach Zjednoczonych bardzo trudno poznać tożsamość zmarłego dawcy, który oddał swe organy, by inna osoba mogła żyć. Większość agencji adopcyjnych utrzymuje dane biologicznych rodziców w tajemnicy, żeby chronić ich przed kłopotliwymi pytaniami, a pielęgniarki i lekarze rutynowo usuwają nazwiska dawczyń komórek jajowych z oficjalnych dokumentów. Choć zazwyczaj intencje tu są szlachetne, w wyniku podobnych praktyk nieuczciwi handlarze mogą bez trudu zdobywać organy od

przymusowych dawców, porywać dzieci i sprzedawać je do adopcji, kraść krew więźniów i zmuszać kobiety do sprzedaży komórek jajowych w warunkach zagrażających ich zdrowiu i życiu. W każdej z tych sytuacji przestępca może wymawiać się ochroną prywatności, by ukryć nielegalny łańcuch dostaw.

Depersonalizacja ludzkiej tkanki to jeden z największych błędów współczesnej medycyny. W tym stuleciu naszym celem powinno być przywrócenie ludzkiej tożsamości do łańcucha dostaw. Każdy worek z krwią powinien być zaopatrzony w nazwisko dawcy, każde adoptowane dziecko powinno mieć pełny dostęp do historii swojego życia, każdy, kto korzysta z przeszczepu, powinien wiedzieć, kto oddał organ.

Oczywiście wymagałoby to zasadniczej zmiany w naszym myśleniu o wykorzystaniu ludzkiego ciała. Każdy człowiek ma swoją historię, którą należy opowiedzieć, gdy jego ciało wędruje po czerwonym rynku. Nie rodzimy się jako neutralne produkty, które z natury zamieniają się w zbiór organów i tkanek o wartości handlowej. Z pewnością jednak wszyscy jesteśmy klientami na czerwonym rynku. Im szybciej to zaakceptujemy, tym szybciej będziemy mogli coś z tym zrobić.

Dlatego też niektóre standardy stosowane podczas sprzedaży używanych samochodów powinny się również odnosić do handlu częściami ludzkich ciał. Sprzedaż używanych samochodów nie jest zakazana, podobnie jak nie jest zakazana sprzedaż samochodów, które wkrótce z pewnością się zepsują. Ostrożni klienci zawsze sprawdzają historię pojazdu, nim zainwestują w niego pieniądze. Skoro samochody mają historie, to powinny ją mieć także ciała. Dlaczego rodzice nie mieliby prawa sprawdzić, czy mogą odnaleźć biologicznych rodziców adoptowanego dziecka? Dlaczego ktoś, kto kupił komórkę jajową, nie miałby prawa dostępu do medycznej historii rodziny dawcy? Czy nie możemy wiedzieć, czyj szkielet wisi w gabinecie lekarskim?

Jawność nie rozwiąże wszystkich problemów. Przestępcy z pewnością będą fałszować dokumenty, tworzyć sfingowane historie i ukrywać nieuczciwe praktyki na coraz to nowe, wymyślniejsze sposoby. Międzynarodowe różnice i zmiany w prawie ułatwiają przestępcom zacieranie śladów. Jednakże dzięki jednoznacznej, przejrzystej dokumentacji łatwiej będzie namierzyć podejrzanych spekulantów.

W 1946 roku Loretta Hardesty spokojnie malowała rozczłonkowane zwłoki meksykańskich chłopów, nie przejmując się szczególnie tym, w jaki sposób ciała opuściły swoje groby. Mam nadzieję, że ponad sześćdziesiąt lat później możemy zadać pytania, których ona nie postawiła.

Anagnost A., *Strange Circulations. The Blood Economy in Rural China*, „Economy and Society” 2006, no. 4
Caplan A., *Transplantation at Any Price?*, „American Journal of Transplantation” 2004, no. 12
Carney S., *My Stint as a Lab Rat*, „Isthmus” 2005, December 12
—, *Testing Drugs on India's Poor*, „Wired News” 2005, December 19
Cheney A., *Body Brokers. Inside America's Underground Trade in Human Remains*, New York: Broadway Books, 2006
Cohen L., *Where It Hurts. Indian Material for an Ethics of Organ Transplantations*, „Dædalus” 1999, no. 4
Cooper M., *Experimental Labour – Offshoring Clinical Trials to China*, „East Asian Science, Technology and Society” 2008, no. 1
Elliott C., *White Hat, Black Coat. Adventures on the Dark Side of Medicine*, Boston: Beacon, 2010
Ernst&Young, *Progressions 2006. Capturing Global Advantage in the Pharmaceutical Industry*, New York: Ernst and Young Global Pharmaceutical Care, 2006
Fineman M., *Living off the Dead Is a Dying Trade in Calcutta*, „Los Angeles Times” 1991, February 19
—, *A Serene, Spiritual Mecca Has Become a Nation of Assassins*, „Chicago Tribune” 1985, September 27
Goyal M., Mehta R., Schneidermann L., Sehgal A., *Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India*, „JAMA: The Journal of the American Medical Association” 2002, no. 13
Ishiguro K., *Never Let Me Go*, New York: Knopf, 2005 [wyd. polskie: Kazuo Ishiguro, *Nie opuszczaj mnie*, przeł. A. Szulc, Warszawa: Wyd. Albatros Andrzej Kuryłowicz, 2005]
Khullar M., *American Seek Stem Cell Treatments in India*, „Global Post” 2009, October 6
Matas D., Kilgour D., *Bloody Harvest. Revised Report into Allegations of Organ Harvesting of Falun Gong Practitioners in China*, 2007, http://www.organharvestinvestigation.net [dostęp: 2.12.2013]
Milliman Research Report, *2008 U.S. Organ and Tissue Transplant Cost Estimates and Disscussion*, Brookfield, WI, 2008
Petryna A., *Ethical Variability. Drug Development and Globalizing Clinical Trials*, „American Ethnologist” 2005, no. 2
Richardson R., *Death Dissection and the Destitute*, Chicago: Chicago University Press, 2000
Roach M., *Stiff. The Curious Lives of Human Cadavers*, New York: Norton, 2004 [wyd. polskie: Mary Roach, *Sztywniak. Osobliwe życie nieboszczyków*, przeł. M. Sekerdej, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 2010]
Sappol M., *The Odd Case of Charles Knowlton. Anatomical Performance, Medical Narrative, and Identity in Antebellum America*, „Bulletin of the History of Medicine” 2009, no. 3
—, *A Traffic in Dead Bodies. Anatomy and Embodied Social Identity in Nineteenth-Century America*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 2002
Scheper-Hughes N., *The Global Traffic in Human Organs*, „Current Anthropology” 2000, no. 2
Sharp L., *Strange Harvest. Organ Transplants, Denatured Bodies, and the Transformed Self*, Berkeley: University of California Press, 2006
Titmuss R., *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, London: George Allen & Unwin Ltd., 1970
Virtue J., *Leonard and Reva Brooks. Artists in Exile in San Miguel de Allende*, Quebec: McGill-Queen's University Press, 2001
Waldby C., Mitchell R., *Tissue Economies. Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism*, Durham, NC: Duke University Press, 2006
Wang G., *Habeus Corpus*, „Harpers Magazine” 2002, February
Weiner J., *Long for This World. The Strange Science of Immortality*, New York: Ecco, 2010

Podziękowania

Uważam, że wartość pisarza zależy od jego redaktora. Mam szczęście współpracować z jednymi z najbardziej utalentowanych mistrzów słowa w tej branży, ludźmi, którzy pochylali się nisko nad moimi na wpół uformowanymi pomysłami i doradzali mi podczas trudnych, a czasami niebezpiecznych zadań. Ta książka nie mogłaby powstać bez pomocy Matthew Benjamina z wydawnictwa William Morrow, który doglądał tego projektu niemal od samych jego początków. Mój mentor i powiernik, Ted Greenwald z redakcji „Wired”, wprowadził mnie w tajniki pisania reportaży i pokazał mi, że kariera w dziennikarstwie jest możliwa. Pewne ręce i cenne wskazówki Mike’a Mechanica i Moniki Bauerlein z „Mother Jones” pomogły mi zakończyć pierwsze trzy rozdziały tej książki. Także Bill Leuders, Sarah Spivack i Jeff Chu odegrali istotną rolę w dopracowywaniu moich pomysłów.

Rachel Swalby, Sonja Sharp i Jennifer Phillips, które zajmują się weryfikacją informacji w „Wired” i „Mother Jones”, pomogły mi sprawdzić wiarygodność niemal wszystkich faktów, o których piszę w tej książce, czasami posuwając się przy tym do sprawdzania danych z całych artykułów lub wysłuchiwania wielogodzinnych nagrań, byle tylko zweryfikować wierność cytatów zamieszczonych w maszynopisie.

Niektóre z wyjątkowo trudnych badań okazały się znacznie łatwiejsze dzięki pomocy moich świetnych asystentów w terenie – w Indiach, na Cyprze i w Hiszpanii. Divya Trivedi towarzyszyła mi podczas podróży przez cztery stany północnych Indii, od farm krwi i klinik dla zastępczych matek po komisariaty policji i obozy bojowników. W Madrasie Hassan Mohammed i Sripriya Somashekhar tłumaczyli wywiady z handlarzami nerek. W Bengalu Zachodnim Arup Gosh prowadził mnie przez ponury świat sprzedawców kości i złodziei zwłok. W Hiszpanii i na Cyprze Rabia Williams, Lucas Psillakis i Christina Boudylina pomogli mi poznać ciemną stronę handlu ludzkimi komórkami jajowymi.

W latach od 2006 do 2010 moją działalność wspierały hojnie Fund for Investigative Journalism oraz Pulitzer Center on Crisis Reporting, które sfinansowały również mój pobyt w Ledig House Writers Retreat w Omi w stanie Nowy Jork.

Fakt, że ta książka w ogóle została wydana, jest w dużej mierze zasługą mojej byłej agentki literackiej Mary Ann Naples z Creative Culture, która zechciała mi podpowiedzieć, nad jakimi tematami warto popracować, a jakie lepiej wrzucić do śmietnika literatury faktu. Zaczęła nową karierę w internecie, ale zostawiła mnie pod kompetentną opieką Laury Nolan z DeFiore&Company, która doprowadziła ten projekt do szczęśliwego końca. Mam nadzieję, że będziemy jeszcze długo ze sobą współpracować.

Oczywiście wielu innych ludzi służyło mi dobrą radą i otwierało przede mną drzwi, które inaczej pozostałyby zamknięte. Chciałbym podziękować następującym osobom i instytucjom (wymieniam je w całkiem przypadkowej kolejności): Jaya Menon, Neha Dixit, Bappa Majumdar, David Sher, Catherine Waldby, Stefanos Evripidou, Rama Rau, Doros Polycarpou, Arun Dohle, Mags Gavan, Joost Van der Valk, Tim Perell, Jason Miklian, Tom Pietrasik, John Wheeler-Rappe, Danielle Anastasion, Anne Yang, Wen-yi, Lisa Ling, Raymond Telles, Marshall Cordell, Katia Backho, SOS International, komisariat policji w Gai, Gaya Medical College, Joel Guyton Lee, Dan MacNamara, Carolyn Fath, Craig Kilgore i D. W. Gibson.

Dziękuję wszystkim moim źródłom. Zmieniłem nazwiska i imiona wielu ludzi opisywanych w tej książce. Niektórzy z nich zgodzili się rozmawiać ze mną tylko pod warunkiem

zachowania anonimowości, dla innych ujawnienie ich tożsamości mogłoby się okazać niebezpieczne.

Moi rodzice Linda i Wilfred Carney, moje siostry Laura i Allison, moja macocha Joan Moriarty Carney oraz moi teściowie Indira i Govi szczególnie odczuli niedogodności związane z moimi dziwnymi godzinami pracy, martwili się, gdy wyjeżdżałem, podejmując niebezpieczne zadania, i czytali niezdarne, pierwsze wersje maszynopisu.

Przede wszystkim jednak chciałbym podziękować mojej żonie Padmie Govindan, która towarzyszyła mi dzielnie zarówno w najmroczniejszych, jak i najbardziej inspirujących chwilach. To ona oceniała realną wartość wszystkich moich pomysłów i pomagała rozwiązać najbardziej skomplikowane kwestie. Mam ogromne szczęście, że pojawiła się w moim życiu.

[1] Spór o istnienie duszy to zagadnienie filozoficzne i teologiczne o bardzo długiej tradycji, a ja nie dysponuję odpowiednią wiedzą, by wdawać się w tę dyskusję. Pojęcie duszy jest bardzo pożytecznym narzędziem w odróżnianiu tego wyjątkowego zjawiska, jakim są żywi ludzie, od zwykłej fizycznej materii, z której jesteśmy zbudowani. Wszyscy zgodzą się chyba, że istnieje oczywista różnica między żywymi a martwymi, i ta właśnie niezwykła właściwość – jakkolwiek byśmy ją nazywali – jest skałą, na której zbudowałem tę książkę.

[2] Autor podaje dane z końca pierwszej dekady XXI wieku (przyp. red.).

[3] Istnieje mnóstwo publikacji naukowych opisujących społeczne efekty uboczne sprzedaży nerek. Autorami większości tych artykułów są ekonomiści i transplantolodzy. Na początek warto sięgnąć po tekst Lawrence'a Cohena zatytułowany *Where It Hurts* [Gdzie boli], który ukazał się w czasopiśmie „Dædalus" w 1999 roku, albo po artykuł o jednoznacznym tytule *Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India* [Gospodarcze i zdrowotne konsekwencje sprzedaży nerki w Indiach] autorstwa Madhava Goyala i in., opublikowany w październikowym numerze magazynu „JAMA" z 2002 roku. Można również skorzystać z bibliografii zamieszczonej w tej książce.

[4] R. Titmuss, *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, London 1970, s. 215.

[5] Tutaj i w wielu innych miejscach książki zmieniłem imiona bohaterów albo na prośbę ich samych, albo by chronić ich przed odwetem.

[6] Florence Nightingale (1820–1910) – angielska pielęgniarka, twórczyni zasad nowoczesnego pielęgniarstwa (przyp. red.).

[7] Indyjskie prawo pozwala studentom korzystać z kości, które zostały skradzione z grobów, ale nie pozwala sprzedawać ich cudzoziemcom. Ta niekonsekwencja wynika z faktu, że zakaz dotyczący handlu kośćmi został wpisany do prawa handlowego, a nie karnego. Sensowniejsze byłoby całkowite zabronienie tego rodzaju praktyk.

[8] M. Sappol, *The Odd Case of Charles Knowlton. Anatomical Performance, Medical Narrative, and Identity in Antebellum America*, „Bulletin of the History of Medicine" 2009, no. 3, s. 467.

[9] M. Sappol, *A Traffic in Dead Bodies. Anatomy and Embodied Social Identity in Nineteenth-Century America*, Princeton 2002, s. 94.

[10] M. Fineman, *A Serene, Spiritual Mecca Has Become a Nation of Assassins*, „Chicago Tribune" 1985, September 27.

[11] Tenże, *Living Off the Dead Is a Dying Trade in Calcutta*, „Los Angeles Times" 1991, February 19.

[12] Eliot Ness (1903–1957) – amerykański agent śledczy, dowódca słynnego oddziału walczącego z gangiem Ala Capone. Ralph Nader (ur. 1934) – amerykański polityk i działacz społeczny (przyp. red.).

[13] W południowych Indiach nazwisko poprzedzone jest często całą serią inicjałów. Nie jest to jednak nazwisko w takim rozumieniu, w jakim pojmuje się je na Zachodzie, a inicjały często wskazują na miejsce urodzenia danej osoby, imię jej ojca i wyznanie.

[14] Leki immunosupresyjne hamują działanie układu odpornościowego, co zapobiega odrzuceniu przeszczepu przez organizm biorcy (przyp. red.).

[15] Z nieznanych mi jeszcze powodów tak się składa, że handlarze organami w całych Indiach często mają stragany z herbatą. Być może dlatego, że kramarz zna mnóstwo ludzi, których nie stać na wiele więcej niż filiżanka herbaty za dwie rupie i których łatwo namówić na sprzedaż narządu.

[16] L. Sharp, *Strange Harvest. Organ Transplants, Denatured Bodies, and the Transformed Self*, Berkeley 2006, s. 166.

[17] Tamże.

[18] A. Caplan, *Transplantation at Any Price?*, „American Journal of Transplantation" 2004, no. 12, s. 1933.

[19] Falun Gong – praktyka doskonalenia ciała i umysłu, łącząca technikę medytacji i ćwiczenia ruchu; powstała w Chinach na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku (przyp. red.).

[20] Laogai Research Foundation – fundacja badawcza zbierająca informacje o obozach pracy przymusowej w ChRL, a także dokumentująca inne przypadki łamania praw człowieka w tym kraju (przyp. red.).

[21] SAT, Scholastic Assessment Test – ustandaryzowany egzamin dla uczniów szkół średnich w USA chcących się dostać na studia wyższe (przyp. red.).

[22] Po licznych skandalach, o których pisałem w poprzednim rozdziale, adopcja w Indiach została objęta nowymi przepisami, które wymagają więcej dokumentów i biurokracji. Toczy się jednak spór o to, czy nowe uregulowania w jakikolwiek sposób ograniczyły handel dziećmi wśród sierocińców i agencji adopcyjnych.

[23] Dziesiątki tysięcy Amerykanów 11 września 2001 roku chciały oddać swoją krew potrzebującym. Szpitale musiały odesłać część z nich. Obecnie w rocznicę ataku na World Trade Center odbywa się ogólnokrajowa akcja zbierania krwi, a szpitale wysyłają w teren mobilne stacje krwiodawstwa.

[24] R. Titmuss, *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, London 1970, s. 160.

[25] Charles Elwood „Chuck" Yeager (ur. 1923) – generał dywizji amerykańskiego lotnictwa, a potem pilot doświadczalny, pierwszy człowiek, który przekroczył barierę dźwięku (przyp. red.).

[26] Świetną analizę środowiska badań klinicznych i praktyk stosowanych przez branżę farmaceutyczną do fabrykowania danych można znaleźć w przełomowej książce Carla Elliotta *White Coat, Black Hat. Adventures on the Dark Side of Medicine* [Biały płaszcz, czarny kapelusz. Przygody po ciemnej stronie medycyny], Boston 2010. Opowieści o szarlatanach przemysłu farmaceutycznego, zawodowych królikach doświadczalnych i przekupnych lekarzach sprawią, że zaczniecie traktować swoją apteczkę z wielką ostrożnością.

[27] A. Petryna, *Ethical Variability. Drug Development and Globalizing Clinical Trials*, „American Ethnologist" 2005, no. 2, s. 185.

[28] M. Cooper, *Experimental Labour – Offshoring Clinical Trials to China*, „East Asian Science, Technology and Society" 2008, no. 1, s. 8.

29 W Polsce znany pod nazwą Letromedac (przyp. red.).

30 Zdjęcia jednookich kóz można bez trudu znaleźć w internecie.

31 A. Anagnost, *Strange Circulations. The Blood Economy in Rural China*, „Economy and Society" 2006, no. 4.

32 M. Cooper, *Experimental Labour…*, dz. cyt., s. 16.

33 W rzeczywistości dane mogą być nieco mniej przerażające, gdyż rząd Chin ignoruje żądania Światowej Organizacji Zdrowia i często pozwala miejscowym firmom farmaceutycznym na łamanie praw autorskich i produkcję leków wzorowanych na już istniejących.

34 J. Weiner, *Long for This World. The Strange Science of Immortality*, New York 2010, s. 11.

35 C. Waldby, R. Mitchell, *Tissue Economies. Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism*, Durham 2006, s. 177.

WYDAWNICTWO CZARNE SP. Z O.O.
www.czarne.com.pl
Sekretariat: ul. Kołłątaja 14, III p., 38-300 Gorlice
tel. +48 18 353 58 93, fax +48 18 352 04 75
e-mail: mateusz@czarne.com.pl,
tomasz@czarne.com.pl, dominik@czarne.com.pl,
honorata@czarne.com.pl, ewa@czarne.com.pl
Redakcja: Wołowiec 11, 38-307 Sękowa
tel. +48 18 351 00 70
e-mail: redakcja@czarne.com.pl
Sekretarz redakcji: malgorzata.kur@czarne.com.pl
Dział promocji: ul. Andersa 21/56, 00-159 Warszawa
tel./fax +48 22 621 10 48
e-mail: agnieszka@czarne.com.pl, anna@czarne.com.pl,
dorota@czarne.com.pl, zofia@czarne.com.pl
Dział marketingu: katarzyna@czarne.com.pl
Dział sprzedaży: irek.gradkowski@czarne.com.pl
tel. 504 564 092, 605 955 550
agnieszka.wilczak@czarne.com.pl
Audiobooki i ebooki: Izabela Rególska, iza@czarne.com.pl
Wołowiec 2014
Wydanie I